

***Nota de Aceptación***

---

---

---

---

---

---

*Presidente del Jurado*

---

*Jurado*

---

*Jurado*

---

**Santa Marta, Abril del 2015**

**AUTOPERCEPCIÓN GENERADA EN LA SALUD BUCAL DE LOS USUARIOS  
ENTRE LOS 18 A 90 AÑOS DE LA CLINICA ODONTOLOGICA DESPUÉS DE  
RECIBIR TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN ORAL-UNIVERSIDAD DEL  
MAGDALENA 2013-II.**



**KEILA JOHANA RUEDA CASTILLA  
ELIANA MARCELA SALTARÉN ZAPATA  
KAREN LISETH TRUYOL OSORIO**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ODONTOLÓGIA  
SANTA MARTA  
2015**

**AUTOPERCEPCIÓN GENERADA EN LA SALUD BUCAL DE LOS USUARIOS  
ENTRE LOS 18 A 90 AÑOS DE LA CLINICA ODONTOLOGICA DESPUÉS DE  
RECIBIR TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN ORAL-UNIVERSIDAD DEL  
MAGDALENA 2013-II.**

**KEILA JOHANA RUEDA CASTILLA  
ELIANA MARCELA SALTARÉN ZAPATA  
KAREN LISETH TRUYOL OSORIO**



**Tesis de grado para optar por título de ODONTÓLOGO**

**Bajo La Dirección De Los Doctores:**

**Dr. ALFREDO LLINÁS ARIZA  
Dr. JORGE ROCHA RAMOS**  
*Asesores científicos*

**Dra. MARTA PAREDES BERMÚDEZ**  
*Asesora metodológica*

**Universidad Del Magdalena  
Facultad De Ciencias de la Salud  
Programa de Odontología  
Santa Marta  
2015**

## *Dedicatoria*

A mi Dios porque ÉL es el dueño de mi vida, mi refugio, quien dirige mis pasos, me alienta y renueva mi ser todos los días. A mi madre, la persona más importante de mi vida, que ha luchado y perseverado a mi lado; por ella hoy soy quien soy. A mi hermana, por ser mi amiga, ese apoyo que no me dejó claudicar. A mi padrastro, por ver en mí una hija más y siempre brindarme su apoyo incondicional sin tener que hacerlo. A mi padre, por su paciencia, complicidad y valiosos consejos. A mi Abuela, por morir creyendo en mí y a mis amigos, por su aliento y fraternidad en cada escalón para llegar a cumplir esta gran meta.

*Karen Truyol Osorio*

A Dios, por su incondicional misericordia y bendición que día tras día me ofrece. A mi madre, por ser mi fortaleza y mi guía en este largo camino que he recorrido. A mi padre, porque a pesar de nuestras diferencias nunca dejó de apoyarme. A mi padrastro, por su cariño, su gran ayuda y disposición siempre. A mis hermanos, por darme de su amor, comprensión y soporte todos los días y a mis amigos, quienes cada vez me regalan una frase de aliento que me ayuda a levantarme cada vez que desfallezco.

*Eliana Saltarén Zapata*

A El Señor, el único Todopoderoso que día tras día me bendice, me da paz y me ha llevado por éste camino lleno de sacrificios y enorme satisfacción. A mi madre, por ser mi polo a tierra y lo más especial para mí, por siempre estar allí llenándome de amor, de alegría y de deseos de llegar muy lejos. A mi padre, porque me ha ayudado a valorar a mas mi familia y ser mi apoyo incondicional todos los días de mi vida. A mi hermana, porque su fiel ayuda, palabras de aliento regaños y consejos siempre llegaron en el momento justo para no dejarme decaer. A mis hermanos, por el ejemplo de vida que muestran y a mis amigos, mis compañeros de penas y alegrías que siempre hacen salir lo mejor de mí.

*Keila Rueda Castilla*

## *Agradecimientos*

Las autoras expresan sus más sinceros agradecimientos a:

A los Doctores *Alfredo Llinás, Jorge Rocha y Marta Paredes* por guiarnos en cada uno de los pasos que dimos, por su dedicación en la realización de esta investigación que enmarca el cierre de un ciclo académico exitoso, reflejo de sus valiosos conocimientos y orientaciones en el área para el desarrollo del proyecto y la consecución de los objetivos propuestos en él.

A todos ellos muchas, muchas GRACIAS.

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN .....	14
2. JUSTIFICACIÓN .....	15
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	16
4. OBJETIVOS .....	18
4.1 Objetivo General .....	18
4.2Objetivos Específicos .....	18
5. MARCO REFERENCIAL .....	19
5.1 Antecedentes .....	19
5.1.1 Autopercepción de caries y enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo .....	19
5.1.2 Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana .....	20
5.1.3 Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal .....	21
5.1.4 Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados .....	21
5.1.5 Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental .....	22
5.1.6 Influencia del patrón de visitas al dentista, punto clave en el modelo de mínima intervención (MITP), en el estado dental y la salud oral relacionada con la calidad de vida .....	22
5.1.7 Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil .....	23
5.1.8 Perfil de la Salud Oral (OHIP-14) en pacientes de la Clínica U Dental, con base en la incapacidad psicológica según el sexo ..	23
5.1.9 Calidad de vida relacionada con salud oral en mayores de 14 años en la comunidad san juan bautista, isla Robinson Crusoe, Chile.....	24
5.1.10 Impact of Rehabilitation with Metal-Ceramic Restorations on Oral Health-Related Quality of Life.....	24
5.1.11 Comparative validity of the OIDP and OHIP-14 in describing the impact of oral health on quality of life in a cross-sectional study performed in Spanish adults .....	24



5.1.12	Quality of Life of Patients Treated With Implant-Supported Mandibular Overdentures Evaluated With the Oral Health Impact Profile (OHIP-14): a Survey of 58 Patients .....	25
5.1.13	The Oral Health Impact Profile-14: a unidimensional scale? .....	25
5.1.14	Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon .....	26
5.2	Marco Teórico.....	27
5.2.1	¿Qué es la salud? .....	27
5.2.2	Autopercepción de la Salud.....	27
5.2.3	Calidad de Vida.....	27
5.2.4	Instrumentos de medición de la Calidad de Vida en Salud Oral ..	29
5.2.4.1	Social Impacts Of Dental Disease (SIDD) .....	33
5.2.4.2	Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) .....	34
5.2.4.3	Dental Impact Profile (DIP) .....	35
5.2.4.4	Oral Health Impact Profile (OHIP) .....	36
5.2.4.5	Subjective Oral Health Status Indicators (SOHSI) .....	36
5.2.4.6	Dental Impact on Daily Living (DIDL) .....	37
5.2.4.7	Oral Health-related Quality of Life (OHQOL) .....	37
5.2.4.8	Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) .....	38
5.2.4.9	Oral Health Quality of Life (OH-QoL) .....	38
5.2.4.10	Orthognatic Quality of Questionnaire (OQLQ).....	39
5.2.5	¿Qué es una Prótesis Dental? .....	39
5.2.5.1	Prótesis Fija .....	41
5.2.5.2	Prótesis Parcial Removable .....	42
5.2.5.3	Prótesis Total Removable .....	42
5.2.6	La Estética y su relación con la Odontología.....	43
6.	METODOLOGÍA .....	44
6.1	Tipo De Estudio .....	44
6.2	Universo .....	44
6.3	Muestra.....	45
6.4	Variables Del Estudio.....	46
6.5	Técnicas e Instrumentos.....	48
6.5.1	Técnica .....	48
6.5.2	Instrumentos .....	48
6.5.2.1	La Historia Clínica Institucional .....	48
6.5.2.2	Encuesta de Percepción .....	51
6.5.3	Recolección y Análisis de la Información.....	53
6.5.4	Ético legal .....	53
6.5.5	Ubicación geográfica.....	54
7.	INSTRUMENTALIZACIÓN .....	55
8.	RESULTADOS.....	57
8.1	Características sociodemográficas .....	57
8.1.1	Relevancia Clínica en: Nivel de Satisfacción según Género.....	57

8.1.2	Relevancia Clínica en: Nivel de Satisfacción según Edad .....	57
8.1.3	Relevancia Estética en: Nivel de Satisfacción según Género .....	58
8.1.4	Relevancia Estética en: Nivel de Satisfacción según Edad .....	59
8.2	Requerimientos funcionales .....	60
8.2.1	Función Alimentación .....	60
8.2.2	Función Fonación .....	61
8.2.3	Función Comunicación .....	61
8.2.4	Descripción en general de los requerimientos funcionales .....	63
8.2.5	Existencia de Hábitos .....	63
8.3	Grado de Bienestar con respecto a su Adaptación .....	64
8.3.1	Presencia de Dolor .....	64
8.3.2	Apariencia .....	65
9.	DISCUSIÓN .....	67
10.	CONCLUSION .....	70
11.	RECOMENDACIONES .....	71
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	72

## LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Algunos instrumentos de medición de la calidad de vida relacionados con la salud oral .....	32
TABLA 2. Ingredientes de las Porcelanas Dentales .....	41
TABLA 3. Variables del estudio .....	46
TABLA 4. Encuesta de percepción .....	52
TABLA 5. Nivel de satisfacción de Variantes Clínicas según el Género.....	57
TABLA 6. Nivel de satisfacción de Variantes Clínicas según la Edad .....	58
TABLA 7. Nivel de Satisfacción de Variante Estética según el Género.....	58
TABLA 8. Interpretación de Variante Estética en Edad.....	59
TABLA 9. Preguntas que evalúan la Función Alimentación .....	60
TABLA 10. Porcentaje general de frecuencia de efectividad en Función Alimentación.....	61
TABLA 11. Porcentaje general de frecuencia de efectividad en Función Fonación .....	61
TABLA 12. Preguntas que evalúan la Función Comunicación .....	62
TABLA 13. Porcentaje general de frecuencia de efectividad en Función Comunicación.....	63
TABLA 14. Porcentaje general de frecuencia de efectividad de los Requerimientos Funcionales .....	63
TABLA 15. Porcentaje general de frecuencia de efectividad en Presencia de Hábitos .....	64
TABLA 16. Frecuencia de efectividad en presencia de Dolor .....	64
TABLA 17. Porcentaje general de frecuencia de efectividad en Presencia de Dolor .....	65
TABLA 18. Frecuencia de efectividad en Apariencia .....	65
TABLA 19. Porcentaje general de frecuencia de efectividad en Apariencia .....	66

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Inspección y palpación de las cadenas ganglionares de cabeza y cuello .....	49
FIGURA 2. Inspección y palpación de mucosa labial .....	50
FIGURA 3. Inspección y palpación de mucosa yugal.....	50
FIGURA 4. Inspección y palpación de paladar duro.....	50
FIGURA 5. Inspección y palpación de paladar blando y orofaringe .....	50
FIGURA 6. Inspección y palpación de la lengua y el piso de boca.....	51
FIGURA 7. Inspección de encías y dientes.....	51

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Acuerdo Académico 016 del 2007 .....	77
ANEXO 2. Acuerdo Académico 032 del 2010 .....	88
ANEXO 3. Social Impacts Of Dental Disease (SIDDD).....	91
ANEXO 4. Geriatric Oral Health Assesment Index (GOHAI) En Su Versión En Español .....	92
ANEXO 5. Dental Impact Profile (DIP) .....	93
ANEXO 6. Oral Health Impact Profile (OHIP).....	94
ANEXO 7. Oral Health Impact Profile 14 (OHIP14).....	96
ANEXO 8. Subjective Oral Health Status Indicators (SOHSI) .....	97
ANEXO 9. Dental Impact on Daily Living (DIDL) .....	98
ANEXO 10. Oral Health Quality Of Life (OH-QOL) .....	102
ANEXO 11. Orthognathic Quality of Life Questionnaire (OQLQ).....	105
ANEXO 12.Formato Encuesta de Percepción.....	106
ANEXO 13. Base de Datos .....	107
ANEXO 14. Tabulación de Base de Datos en SPSS .....	109
ANEXO 15. Nivel de Satisfacción en Variantes Clínicas en Género .....	115
ANEXO 16. Nivel de Satisfacción en Variantes Clínicas en Grupo de Edad .....	116
ANEXO 17. Nivel de Satisfacción en Variante Estética en Género .....	116
ANEXO 18. Nivel de Satisfacción en Variante Estética en Grupo de Edad .....	117
ANEXO 19. Nivel de Frecuencia de Efectividad en Función Alimentación .....	117
ANEXO 20. Nivel General de Frecuencia de Efectividad en Función Fonación ..	118
ANEXO 21. Nivel General de Frecuencia de Efectividad en Función Comunicación .....	118
ANEXO 22. Nivel General de Frecuencia de Efectividad de los Requerimientos Funcionales .....	119
ANEXO 23. Frecuencia de Efectividad en Presencia de Hábitos .....	119
ANEXO 24. Frecuencia de Efectividad en Presencia de Dolor .....	120
ANEXO 25. Frecuencia de Efectividad en Apariencia .....	120

## **RESUMEN**

El objetivo principal del estudio es describir la autopercepción generada en la salud bucal de los usuarios entre los 18 a 90 años de la clínica odontológica después de recibir tratamiento de Rehabilitación Oral Universidad del Magdalena 2013-II. El estudio epidemiológico es de carácter descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, con una muestra constituida por un total de 72 pacientes con edades entre los 18 y los 90 años, que firmaron el consentimiento informado y cumplen los criterios de inclusión y exclusión. Las técnicas utilizadas fueron: la encuesta construida, piloteada y las historias clínicas pertenecientes a los pacientes de la clínica integral del adulto y clínica pura de Rehabilitación II, atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad del Magdalena. La información fue analizada con el paquete estadístico SPSS versión 18.0 con licencia institucional y aplicación de Chi Cuadrado. El estudio caracterizó la población sociodemográficamente, teniendo en cuenta la edad y el género para describir su autopercepción desde el parámetro clínico y el estético. De igual forma, se detalló la ejecución de los requerimientos funcionales de las prótesis dentales incluyendo la existencia de hábitos parafuncionales, su frecuencia, presencia de dolor y nivel de bienestar que tiene el paciente con respecto a la adaptación de la prótesis dental según su apariencia. Se encontró que en términos generales los usuarios estudiados refirieron estar cómodos y conformes con el resultado de su tratamiento (81,2%) y que un gran número de ellos calificó como alto el grado de estética y naturalidad reflejado en su aditamento oral (62,5%).

## 1. INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es una percepción dinámica y multifactorial del individuo en la que incluye todos los lineamientos de su vida, los cuales coexisten entre sí y brindan a la persona las herramientas para desarrollar su manera de vivir<sup>1</sup> es un concepto evaluador o valorativo, que puede abarcar muchos más fenómenos que cualquier especialidad o ramas de las ciencias.

La calidad de vida relacionada con la salud oral van de la mano ya que la boca desempeña funciones importantes en diversas actividades como el lenguaje, las expresiones faciales, masticación, deglución, salivación, el sentido del gusto, los cuales interaccionan entre sí y brindan a la persona las herramientas para desarrollar su manera de vivir. A su vez, la salud oral incluye un conglomerado de parámetros a cumplir contemplando desde la ausencia del dolor hasta la apreciación estética de los dientes y demás estructuras bucales resultantes en un conjunto armonioso y positivo para cada individuo en particular.

Como la calidad de vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar, en el adulto se ve reflejado en el comportamiento saludable que se adquirió en las primeras etapas del ciclo vital individual. En el envejecimiento se generan una serie de cambios en el estado social, en la percepción sensorial y en las funciones cognitivas y motoras de los individuos. A nivel de salud bucal también se presentan cambios sobre los tejidos orales y funcionales, y cambios secundarios a factores extrínsecos, incrementándose la pérdida de dientes debido a la enfermedad periodontal, caries y lesiones de la mucosa oral. La falta de dientes y ausencia de prótesis dental tienen una relación directa con la salud, debido a que al realizar inadecuadamente la función masticatoria, sobre todo de alimentos de consistencia dura, se producen trastornos de la nutrición. Además se afecta la autorrealización y aceptación al generarse vergüenza, baja autoestima, dolor e incomodidad frente a otras personas durante el momento de las comidas y en los momentos de socialización.

El estudio describe la población socio demográficamente (edad, género), su autopercepción enfocado hacia la relación Desempeño-Belleza de cada aditamento protésico bucal. Además del estético, puntualiza diferentes áreas que presentan enfoques clínicos (funcionamiento, y existencia de dolor y/o de hábitos adquiridos al portar la prótesis dental) y psicosociales que reflejan el nivel de satisfacción y comodidad de cada usuario estudiado.

## 2. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad se presenta un incremento en la preocupación de las personas por sentirse cómodas en el ambiente en el cual se desenvuelven, las cuales buscan lograr altos estándares de belleza y de bienestar corporal para cumplir dichos parámetros establecidos por la sociedad. Ahora bien, para que haya un correcto híbrido entre la funcionalidad y la estética en general deben involucrarse múltiples factores dependientes del talento humano entre los que se pueden mencionar: la mala praxis del profesional, los diagnósticos incorrectos, la demora en el cumplimiento de los planes de tratamiento establecidos e incluso la calidad humana del profesional de la salud correspondiente.<sup>1</sup>

Por su parte, el aparato estomatognático involucra directamente un conjunto de estructuras esqueléticas, musculares, nerviosas, vasculares, glandulares y dentarias con el ánimo de cumplir con las funciones de masticación, deglución, comunicación, sexualidad y afectividad, esenciales para la supervivencia y buen desarrollo del individuo. Lo anterior fundamenta el hecho de que la cavidad oral es un eslabón irremplazable en la cadena que une a la funcionalidad con la belleza; por lo tanto su cuidado no es tomado a la ligera.<sup>1</sup>

Entonces, se hace necesario conocer cuál es el impacto en la vida cotidiana de los usuarios del servicio de salud incluyendo los que asisten a consulta odontológica; tal es el caso de los pacientes que acuden a cita en la clínica Odontológica de la Universidad del Magdalena, por los procedimientos odontológicos estéticos allí recibidos, con el propósito de conocer si las expectativas con las que cada paciente llega a su atención son cumplidas, cómo afecta el resultado de los procedimientos de rehabilitación oral en su autoestima y de ésta manera lograr a mediano plazo la optimización de la integralidad en el cuidado a todos los procesos que constituyen la atención odontológica ofrecida por parte del alma máter a la población residente en la ciudad de Santa Marta.

La ejecución de esta investigación permite que el odontólogo formado en la Universidad del Magdalena valore la apreciación que hace el paciente con respecto a la evolución de los tratamientos odontológicos y del arte que la profesión lleva inmerso, el cual va siempre de la mano con procesos primordialmente funcionales en la resolución de problemas de salud bucal en general, para que así el usuario se sienta e irradie completamente el concepto integral de la salud, el cual se verá reflejado en sus autoestima y alta calidad de vida, sin importar su nivel de escolaridad, idiosincrasia y/o creencias, entre otros parámetros.



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud bucal es un componente fundamental de la salud general. La salud de la cavidad bucal es esencial en funciones tan vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad; además de su relación con aspectos de carácter fisiológico, psicológico y social<sup>2</sup>. Así mismo, la estética bucal al igual que las condiciones funcionales de la misma son unos factores determinantes en la autopercepción social e influyen en el desarrollo psicológico de toda persona desde la infancia y la adolescencia, consolidándose en la edad adulta. Tales factores se encuentran determinados por el entorno sociocultural en el que se desenvuelve cada individuo y que además se modifican con el pasar del tiempo.

La Odontología, desde sus inicios en el año 3000 a.C, ya era considerada un arte pues los médicos egipcios incrustaban piedras preciosas en los dientes como parte de su estética. En el año 700 a.C. los etruscos y los fenicios utilizaron bandas y alambres de oro para la construcción de prótesis dentales utilizando las bandas para colocar dientes extraídos en el lugar en que no había dientes y los alambres para retenerlos en la boca, los egipcios también fueron los primeros en utilizar material para implantes (marfil y conchas de mar). Por otra parte, los mayas utilizaban incrustaciones de oro, piedras preciosas o minerales para la restauración de órganos dentarios, no solo por estética sino también por ornamentación; elementos que posteriormente fueron adoptados por los incas y los aztecas. Luego, en la Edad Media Giovanni Da Vigo fue uno de los primeros en realizar obturaciones con hojas de oro y gracias a la antropología dental se ha rescatado información sobre la mutilación de los dientes y su modificación intencional o por tratamiento con fines culturales estableciendo así relaciones entre modificaciones corporales y representaciones culturales como la belleza, la importancia entre el grupo, la moda, las élites, los estatus, la afiliación étnica o el poder. En la actual cultura occidental se consideran, de forma genérica, los patrones de estética dental representados por una sonrisa que manifiesta dientes claros dentro de una composición armónica con los tejidos blandos, lo que no significa que haya individuos que entiendan su estética dental de forma distinta. Por eso se deben contemplar, en todo momento, los tratamientos con fines estéticos desde el punto de vista personal y subjetivo del paciente y colaborar con él para cumplir sus expectativas y deseos.<sup>3</sup>

En la actualidad existen estudios que demuestran que los defectos físicos pueden llegar a constituir una enfermedad demostrada psíquica y clínicamente en el

individuo, lo que se traduce en una calidad de vida calificada como pobre o mala y dado que valorarla según el estado bucodental es muy subjetivo, al estar directamente influenciada por la personalidad propia, así como por el entorno donde se vive y se desarrolla cada persona, se recomiendan instrumentos que permitan evaluarla dentro de un enfoque metodológico, para identificar este impacto lo más objetivamente posible. Con tal intención, y debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados de forma directa, se han desarrollado diversos cuestionarios divididos en dimensiones representadas por grupos de preguntas que valoran la percepción psicosocial personal de cada individuo acerca de sus demandas de estética y función orales, como herramientas de estimación adicional al tradicional enfoque de las evaluaciones físicas.

Por lo tanto, las inquietudes anteriormente descritas, nos permiten inferir que existe una gran necesidad de determinar la relación existente entre la autoestima, autopercepción de bienestar y salud en términos generales, en la población usuaria de la clínica odontológica de la Universidad del Magdalena. Por las anteriores razones, cabe preguntarse:

**¿CUAL ES LA AUTOPERCEPCIÓN GENERADA EN LA SALUD BUCAL DE  
LOS USUARIOS ENTRE LOS 18 A 90 AÑOS DE LA CLINICA  
ODONTOLÓGICA DESPUES DE RECIBIR TRATAMIENTO DE  
REHABILITACIÓN ORAL-UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA 2013-II?**

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo General:**

Describir la autopercepción generada en la salud bucal de los usuarios entre los 18 a 90 años de la clínica odontológica después de recibir tratamiento de rehabilitación oral Universidad del Magdalena 2013-II.

### **4.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar el nivel de Satisfacción en las relevantes clínica y estética según las variables sociodemográficas Género y Edad en los usuarios entre los 18 a 90 años de la clínica odontológica de la Universidad del Magdalena en el año 2013-II.
- Describir la ejecución de los requerimientos funcionales que debe cumplir la prótesis dental (alimentación, fonación y comunicación) incluyendo la existencia de hábitos parafuncionales y su frecuencia desde el punto de vista de los usuarios entre los 18 a 90 de la clínica odontológica de la Universidad del Magdalena en el año 2013-II.
- Relacionar la presencia de dolor asociado a la adaptación de la prótesis dental de los usuarios entre los 18 a 90 años de la clínica odontológica de la Universidad del Magdalena en el año 2013-II.
- Relacionar el grado de bienestar que tiene el paciente entre los 18 a 90 años de la clínica odontológica de la Universidad del Magdalena en el año 2013-II con respecto a la adaptación de la prótesis dental según su apariencia.

## **5. MARCO REFERENCIAL**

### **5.1 Antecedentes**

Desde el inicio de los tiempos el ser humano se ha enfrentado a múltiples fenómenos, los que han generado diversas enfermedades; a medida que se generaba la evolución se fueron superando algunas y apareciendo otras, las cuales dependen de los factores involucrados. Actualmente tener una buena salud oral se centra más en las medidas que toma el paciente para tener adecuadas condiciones orales impartidas por el profesional de la salud y como éstas pueden o no interferir en la vida cotidiana. Encontramos diversas pautas con las cuales podemos determinar inicialmente que tan contundente es el impacto de la enfermedad oral en la vida de cada paciente y también cómo se logra mejorar la salud oral por medio de las intervenciones profesionales.

Recientemente se han utilizado indicadores los cuales evidencian el grado de inconformidad que puede presentar una persona y en consecuencia lo favorecida o no que pueda sentirse socialmente. Estas herramientas han demostrado ser fiables y válidas en estudios poblacionales.

A continuación se exponen diferentes artículos los cuales constituyen el referente científico que sirvió de base para el desarrollo del proceso investigativo.

#### **5.1.1 Autopercepción de caries y enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo.<sup>4</sup>**

La salud bucal no sólo queda a este nivel, existen estudios que muestran que la mayoría de los adultos mayores tienen problemas de masticación –con repercusión en su nutrición-, dolor y dificultades al comer, al hablar y al socializar, es decir, en su calidad de vida. Objetivo: Determinar la autopercepción de caries y la enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. Material y métodos: Estudio observacional, prolectivo, transversal y descriptivo en 102 adultos mayores de ocho comunidades rurales del estado de Hidalgo, a los cuales se les aplicó el Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) para contrastar su percepción con su estado de salud bucodental. Resultados: La puntuación obtenida en el índice GOHAI de la autopercepción de los problemas de salud bucal de los adultos mayores fue de 42.3 ( $\pm 11.0$ ), calificación que muestra una mala percepción en lo físico, en lo psicosocial, así como la presencia de

malestar o dolor y una salud bucodental deficiente. Esta población se ubica en un nivel socioeconómico bajo, y esto podría explicar por qué el 73.5% de ellos percibe su condición de salud bucal como mala, el 12.7% regular y el 13.7% como buena. En el análisis de las variables demográficas y GOHAI no se encontraron diferencias estadísticamente significativas; en los índices de salud bucodental y necesidades de atención se observó que los adultos mayores con una mala higiene bucal ( $IHOS > 1.0$ ) tienen tres veces más la percepción de que su salud bucal es deficiente ( $RM = 4.5$ ;  $IC_{95\%} 1.1-17.9$ ,  $p < 0.03$ ). Conclusiones: Sin importar la edad, el sexo o el nivel educativo del adulto mayor, el estudio muestra que la salud bucodental en este grupo etario tiene una gran influencia en su calidad de vida<sup>4</sup>.

### **5.1.2 Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana.<sup>5</sup>**

Objetivo. Determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral en personas atendidas en la Casa del Adulto Mayor de la Municipalidad de Chorrillos, Lima, Perú. Material y métodos. El estudio fue de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 164 adultos mayores seleccionados mediante muestreo no probabilístico con voluntarios. La información se obtuvo mediante una entrevista estructurada; el instrumento de recolección de datos incluyó información sobre la edad, sexo, nivel educativo, presencia de enfermedades sistémicas y el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). Se realizó el análisis descriptivo de los indicadores, agrupándolos en frecuencias absolutas y relativas. Para evaluar la relación entre la autopercepción de salud oral Y el sexo, nivel educativo y presencia de enfermedades sistémicas se empleó la prueba chi cuadrado con un nivel de significancia de 5%. Resultados. La mayoría de la muestra presentó una “mala” autopercepción de su salud oral (77,4%), seguido por “regular” (18,3%). No se encontró relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo ( $p: 0,239$ ), con el nivel educativo ( $p: 0,085$ ), ni con la existencia de enfermedades sistémicas ( $p: 0,438$ ).

En conclusión, La mayor parte de la muestra presentó una autopercepción “mala” de su salud oral y requiere de atención odontológica, servicio que debe ser incluido en los programas integrales de salud del estado. Asimismo, el GOHAI constituye un instrumento de sencilla aplicación, que permite evaluar la autopercepción de salud oral y detectar las necesidades de atención del adulto mayor; sin embargo, se requieren estudios adicionales que permitan validar el instrumento y evaluar su aplicación en programas preventivos de salud<sup>5</sup>.

### **5.1.3 Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal.<sup>6</sup>**

Introducción. Los trastornos bucales tienen un efecto significativo en el bienestar de los adultos. Los padecimientos que principalmente los afectan son la caries dental y enfermedad periodontal, causantes del alto porcentaje de dientes perdidos. El edentulismo y el uso de dentaduras mal adaptadas han mostrado un impacto negativo en la calidad de vida. Objetivo. Determinar el efecto que tiene el uso de prótesis dental en la percepción de salud bucal en un grupo de adultos. Materiales y método. Estudio no experimental y transeccional en un grupo de adultos que concurrió a clínicas odontológicas para la colocación de prótesis. Se hizo la evaluación clínica de la boca (OMS) y dos aplicaciones del General Oral Health Assessment Index (GOHAI), la primera antes de la colocación de prótesis y la segunda un mes después. Resultados. Participaron en el estudio 53 sujetos con edad promedio de 67.23 años. Las mujeres tienen promedios más altos que los hombres en el CPOD y en el componente perdido. La gran mayoría (62.3%) son desdentados parciales y 35.8% edéntulos. Por medio del GOHAI se encontró que 11.3% tuvo una percepción positiva de su salud bucal. Un mes después de colocadas las prótesis 35.7% tuvo una percepción positiva de la salud bucal. La función de masticación, al hablar y la preocupación por el estado de los dientes fueron las áreas que cambiaron positivamente entre las dos aplicaciones. Existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) en las puntuaciones del GOHAI entre ambas aplicaciones. Conclusión: El efecto en diversas áreas de la funcionalidad bucal debida a la pérdida de dientes en los adultos puede ser disminuido por el uso de prótesis, con lo que mejora la autopercepción de salud bucal que a su vez afecta la calidad de vida de este grupo de población<sup>6</sup>.

### **5.1.4 Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados.<sup>7</sup>**

Duque y colaboradores describieron la relación entre la salud bucodental de la calidad de vida, y los indicadores de percepción subjetiva de salud general y bucal la población estudiada y exploraron los factores sociodemográficos relacionados. El estudio incluyó 100 adultos mayores que asistieron a los servicios de salud en el IPS 2012); aplicaron el OHIP-14 por medio de encuestas con información sociodemográfica, salud general y oral. Describieron diferentes variables y prevalencia para el OHIP-14 mediante modelos multivariados. Encontraron que las tasas de respuesta más alta (hasta 70%) se encontraron en las dimensiones "nunca" y "casi

nunca" en OHIP-14. Los peores indicadores de prevalencia se encontraron en las mujeres, la población > 75 años, con bajo nivel de educación y el nivel socioeconómico<sup>7</sup>.

#### **5.1.5 Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental.<sup>8</sup>**

De la Fuente y colaboradores describen que las enfermedades crónico-degenerativas y las patologías orales, como la caries y las periodontopatías, son frecuentes en los adultos mayores. Estas repercuten en su bienestar físico, psicológico y social. Identificaron un impacto positivo en las preguntas relacionadas con la preocupación por problemas con los dientes y boca (87,3%), molestias al comer (64%), dolor bucal (60,7%) e interrupción de la alimentación (56%). Menor impacto tuvieron las preguntas sobre incapacidad total para realizar actividades diarias (14,7%) y dificultad para realizar actividades diarias (13,3%). El CPOD fue de 14,1; el componente cariado, 3,96; los dientes perdidos, 5,95; y los dientes obturados, 4,19. La correlación entre el índice OHIP-14 y el CPOD fue positiva aunque débil ( $r=0,26$ ;  $p=0,001$ ). Conclusión: el estado bucodental influye en la calidad de vida de los adultos mayores y afecta particularmente la realización de sus actividades cotidianas<sup>8</sup>.

#### **5.1.6 Influencia del patrón de visitas al dentista, punto clave en el modelo de mínima intervención (MITP), en el estado dental y la salud oral relacionada con la calidad de vida.<sup>9</sup>**

Zalba y colaboradores describen la monitorización y control del paciente, a través de visitas regulares al dentista, son el motor sobre el que se sustenta el modelo de odontología de Mínima Intervención (MITP) en su aplicación en la práctica clínica. Las visitas regulares al dentista se asocian con un mejor estado de salud dental de los pacientes, las visitas regulares al dentista se asocian con una mejor calidad de vida oral percibida por el paciente, las visitas regulares al dentista son clave, para la aplicación método de tratamiento de Mínima Intervención (MITP). La Junta Consultiva de MITP ha desarrollado un consenso de visitas regulares al dentista en base a la susceptibilidad a enfermedad del paciente, La salud dental debe convertirse en un modo de vida cotidiano, donde el cuidado diario y las visitas regulares al dentista sean el eje para una mejor calidad de vida<sup>9</sup>.

### **5.1.7 Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil.<sup>10</sup>**

Flávia Cohen-Carneiro y colaboradores describieron las propiedades psicométricas de OHIP- 14 en una población rural, y comparar los impactos de salud oral en dos comunidades ribereñas en el Brasil Amazon que vivían a diferentes distancias de un centro urbano. Los datos se obtuvieron a partir de un estudio transversal en una muestra consecutiva (n=126). La validez se evaluó a través de la asociación de OHIP con clínica y subjetiva variables que mostraron una asociación más significativa con el dolor, la caries, la necesidad de la extracción o tratamiento endodóntico; que con la pérdida de dientes, enfermedad periodontal o la necesidad de prótesis. La estabilidad y la consistencia interna buena (ICC=0,97;  $\alpha$  de Cronbach=0,89). La prevalencia del impacto de los anticonceptivos orales fue mayor en la comunidad lejos del centro urbano [70,3 (59,9-80,7)] que en el comunidad más cerca de él [44,3(30,7-57,7)], y en mujeres [66,7(56,0-77,3)] en comparación con hombres [49,1(35,3-62,7)]. El OHIP-14 adaptado para las poblaciones rurales en el estado de Amazonas era válido, reproducible y consistente. Hubo una alta prevalencia de los impactos, en especial para ribereña comunidades que viven lejos de los centros urbanos. Población rural; Calidad de vida, salud oral<sup>10</sup>.

### **5.1.8 Perfil de la Salud Oral (OHIP-14) en pacientes de la Clínica U Dental, con base en la incapacidad psicológica según el sexo<sup>11</sup>.**

Ester Ugalde Meza y colaboradores aplicaron inicialmente a 148 pacientes activos en la Clínica al azar utilizando el OHIP-14 considerándose especialmente en función del género encontrándose con 55 hombres y 93 mujeres; encontraron que las puntuaciones totales de la aplicación del OHIP-14 fueron mayores en las mujeres en todas las categorías; pero solo se observó una validez significativa ( $p<0,05$ ) en las dimensiones dolor físico, molestias psicológicas e incapacidad psicológica. 6 semanas después aplicó por segunda vez el instrumento de medición OHIP-14; en este caso la muestra se redujo a 138 personas (55 hombres y 93 mujeres), ya que hubo sujetos a los que no fue posible contactar; puntuación total en esta aplicación fue igualmente mayor en mujeres en todas las categorías, la única que se observó con un cambio con validez significativa fue la dimensión de dolor físico en mujeres, que pasó de un promedio de 2,75 a 2,07 con un valor  $p=0,04$ , sin gran diferencia en las otras categorías. Los autores sugieren que es necesario un estudio con una muestra más grande para poder obtener diferencias en promedios, aunque los dos sexos mostraron un decrecimiento en sus promedios y para las mujeres, solo en la dimensión dolor físico se obtuvieron datos estadísticamente significativos una vez terminada la segunda aplicación del instrumento<sup>11</sup>.



### **5.1.9 Calidad de vida relacionada con salud oral en mayores de 14 años en la comunidad san juan bautista, isla Robinson Crusoe, Chile.<sup>12</sup>**

Josefina Aubert realizó un estudio transversal en 137 habitantes mayores de 14 años aplicando el OHIP-14 para medir calidad de vida relacionada con salud oral previo consentimiento informado. Encontró que un 91,97%, percibe que la salud oral afecta su calidad de vida, siendo levemente mayor en mujeres. Las molestias psicológicas se observaron en 80,29% de los encuestados. Un 75,91% percibió incomodidad por dolor en su boca, 62,77% manifiesta problemas de incapacidad psicológica. Describió que existe un mayor impacto en la calidad de vida relacionada con salud oral medida que aumenta la edad. Por cada año de vida, el valor del OHIP-14 aumentó 0,07 (IC:95% 0,04-0,1). Sugirió la necesidad de generar políticas públicas que consideren la salud oral desde una perspectiva integral, con énfasis en poblaciones altamente vulnerables considerando la mejora en la calidad de vida como un resultado a esperar<sup>12</sup>.

### **5.1.10 Impact of Rehabilitation with Metal-Ceramic Restorations on Oral Health-Related Quality of Life<sup>13</sup>.**

Gisele Rodrigues Da Silvamarina describe el impacto de la rehabilitación con restauraciones metal cerámicas dentales presentan una excelente capacidad de reproducción de los dientes naturales en relación con la estética y la biomecánica. El impacto en la calidad de vida fue medido utilizando un instrumento genérico, OHIP- 14, validado por la Organización Mundial de la Salud, que abarca tanto la biológica y las dimensiones psicosociales. Este instrumento se aplicó a la paciente antes y después del tratamiento. El paciente tuvo una puntuación global OHIP- 14 de 28 antes del tratamiento y después del tratamiento la puntuación se redujo a 0, lo que demuestra que las condiciones de salud dental y oral son factores que hacen impacto en la calidad de vida. Rehabilitación tiene restauraciones funcionales y estéticas previstas, la armonía del sistema estomatognático y mejora de la calidad de vida<sup>13</sup>.

### **5.1.11 Comparative validity of the OIDP and OHIP-14 in describing the impact of oral health on quality of life in a cross-sectional study performed in Spanish adults<sup>14</sup>.**

Javier Montero y colaboradores compararon la utilidad y validez de dos Indicadores orales populares (OIDP y OHIP - 14) para describir el impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida aplicado al mismo tiempo mediante la

evaluación de su fiabilidad y su validez. Se reclutaron una muestra consecutiva de 270 trabajadores sanos españoles que visitan el Centro de Prevención de Riesgos Empleo para una rutina de chequeo médico. Los alfas de Cronbach estandarizados para OHIP -14 y OIDP fueron de 0,89 y 0,74 respectivamente. OIDP mostró menor validez aparente, pero mayor validez de contenido de OHIP-14. Ambos indicadores mostraron una alta constructo y validez de criterio, ya que los individuos percibir la necesidad de tratamiento dental o tiene alguna queja sobre su boca obtenido significativamente mayor OIDP total y las puntuaciones OHIP que sus contrapartes. La prevalencia de los efectos fue mucho mayor usando el OHIP (80,7 %) que el OIDP (27,8%). En la actualidad, la evaluación del estado de salud bucal se complementa cada vez más con medidas centradas en el paciente, que consideran el impacto de las condiciones orales en la vida cotidiana<sup>14</sup>.

#### **5.1.12 Quality of Life of Patients Treated With Implant-Supported Mandibular Overdentures Evaluated With the Oral Health Impact Profile (OHIP-14): a Survey of 58 Patients<sup>15</sup>.**

Kuoppala y colaboradores describieron la salud bucodental de la calidad de vida de los pacientes tratados con sobredentaduras mandibulares implantosoportadas y compararon los sistemas de fijación utilizados. En total, 112 pacientes tratados con sobredentaduras mandibulares implantosoportadas en 1985-2004 fueron invitados al seguimiento; 58 de ellos asistieron y respondieron al perfil Oral Impacto en la Salud (OHIP- 14) - cuestionario. Había 48 sobredentaduras con una conexión de barra y 10 con una conexión de la bola, el número total de implantes instalados y todavía en uso fue de 197. El tiempo medio de seguimiento fue de 13,7 años. Evaluaron las asociaciones entre las OHIP- 14 variables y la edad del paciente, género, así como el número de implantes que apoyan la dentadura y el tipo de archivo adjunto utilizado. Mostraron que los pacientes con sobredentaduras mandibulares sobre implantes estaban satisfechos con su salud bucodental de la calidad de vida (OHRQoL). Los pacientes mayores estaban más satisfechos que los más jóvenes de ambos sexos. Ni el tipo de conexión del implante, ni el número de implantes de apoyo parecía tener una influencia significativa en el OHRQoL<sup>15</sup>.

#### **5.1.13 The Oral Health Impact Profile-14: a unidimensional scale? <sup>16</sup>.**

Camila Mello dos Santos y colaboradores investigaron la estructura tridimensional del Perfil de Impacto en la Salud Oral-14 (OHIP- 14). Los datos fueron obtenidos a partir de estudios llevados a cabo en Río de Janeiro (N = 504) y Carlos Barbosa (N = 872), en el Estado de Rio Grande do Sul, Brasil. Se realizó un análisis factorial

exploratorio (EPT) para identificar las dimensiones latentes del OHIP- 14. El análisis factorial confirmatorio (CFA) se llevó a cabo de las dos muestras para comparar la estructura unidimensional encontrada por la EPT y la estructura tridimensional propuesta. Esta estructura factorial se evaluó mediante los índices de bondad de ajuste. En el estudio de Río de Janeiro, el valor propio de 9,2 y este uno de los factores explicó 65.6 % de la varianza total, mientras que en el estudio de Carlos Barbosa el valor propio fue de 7.9 y este uno de los factores explicó 56.6 % de la varianza. CFA indica un ajuste adecuado del modelo de un factor para el estudio de Río de Janeiro (MSEA= 0,04; CFI= 0,98; TLI = 0,98) y para el estudio de Carlos Barbosa (RMSEA= 0,05; CFI= 0,97; TLI= 0,97). Los hallazgos sugieren que el OHIP- 14 mide un único constructo. Una búsqueda en Medline realizada a principios de 2012 encontró 55 artículos publicados en 2011 que contenían la palabra clave OHIP-14. Aproximadamente el 80% de los estudios de la encuesta usaban sólo la puntuación OHIP-14, lo que significa que los autores consideran que se trata sólo de una dimensión. Cuando el OHIP-14 fue desarrollado en un principio, los análisis exploratorios revelaron que el 70% de la varianza fue explicada por un solo factor subyacente. Con respecto a las respuestas a las preguntas OHIP, los resultados sugieren una construcción única subyacente, lo que podría interpretarse como la representación de la mala salud oral<sup>16</sup>.

#### **5.1.14 Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon<sup>17</sup>.**

Nada El Osta y colaboradores compararon las habilidades discriminativas del OHIP-14 y la GOHAI en una población libanesa de edad avanzada, y en particular para identificar a las personas con diferente función masticatoria. Se estudió una muestra de adultos mayores con 65 años o más, que viven de forma independiente fue reclutado en dos oficinas de atención primaria en Beirut, Líbano. Los resultados indicaron que 206 participantes fueron incluidos, la edad media fue de 72 años y el 60 % eran mujeres. Observaron buenas propiedades psicométricas de ambos cuestionarios para la consistencia interna (alfa de Cronbach > 0,88), reproducibilidad (ICC > 0,86) y la validez concurrente. Encontraron ambos cuestionarios fueron capaces de discriminar entre los participantes según la edad, la percepción de la articulación temporomandibular (ATM) el dolor o el estado funcional representada por el número de unidades funcionales dentales. GOHAI fue más discriminante, ya que identifica a los participantes con necesidades de atención dental de alta: un alto número de dientes cariados, bajo número de dientes y el estado socialmente desfavorecido.

Se concluyó que los ancianos libaneses con necesidades de atención dental de altura y deterioro de la salud oral se identificaron más fácilmente con el GOHAI<sup>17</sup>.

## **5.2 Marco Teórico**

### **5.2.1 ¿Qué es la salud?**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia; tal definición fue presentada en su constitución en 1948<sup>18,19</sup>. Además, define la salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal<sup>19</sup>.

### **5.2.2 Autopercepción de la Salud**

La autopercepción es la imagen que se hace el individuo de él mismo cuando se trata de evaluar las propias fuerzas y autoestima. El comportamiento de cada persona está determinado, en gran medida, por la idea que tiene él de sí mismo y, por lo tanto, desempeña un rol importante en el stress personal, así como en dominio de este último. Dicho stress personal se refleja en el desenvolvimiento del sujeto en su diario vivir y lo mueve a sentirse cómodo o no con su mismo ser, afectando así de manera directamente proporcional su calidad de vida.<sup>20</sup>

### **5.2.3 Calidad de Vida**

Según la OMS<sup>20</sup>, calidad de vida se puntualiza cómo la percepción del individuo sobre la posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno<sup>21</sup>.

Es menester recordar que el concepto de calidad de vida es completamente multidimensional en el que se encuentran tanto el estilo de vida, la vivienda, la

satisfacción en el entorno educativo y/o de trabajo, así como la condición económica. Igualmente es fácil identificar otros factores determinantes en la calidad de vida; los más comunes son la falta de empleo, acceso a servicios públicos y a la comunicación, urbanización, criminalidad, contaminación del medio ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo de la comunidad, siendo éstos la alimentación deficiente y pocos o malos servicios de salud y educación. Ellos son los que más suelen afectar la calidad de vida y el desempeño de cada individuo, no olvidando las condiciones sociodemográficas como son la edad, el género, el nivel de escolaridad y el apoyo familiar.

Las condiciones orales se relacionan directamente con la calidad de vida de cada persona ya que la boca es considerada un espejo de la salud y de la enfermedad, un modelo accesible para el estudio de otros órganos y tejidos además de una gran fuente potencial de patologías que pueden repercutir en los distintos sistemas orgánicos existentes, así como también permiten la función adecuada de los imprescindibles procesos de fonación y alimentación, entre otros; fomentando de ésta manera el justo desarrollo de relaciones interpersonales, las cuales se traducen en el estado de ánimo, en momentos de esparcimiento e incluso en los ingresos económicos del individuo; todo esto sin dejar de lado que no se estaría hablando de un conjunto integral si la estética presentada por la cavidad oral es insuficiente.

Por lo anterior, el profesional de la práctica odontológica se ve diariamente enfrentado al desafío de alcanzar toda la salud y el bienestar que sea posible para todos sus pacientes. Así como la naturaleza y la nutrición se relacionan y el cuerpo y la mente son las más puras expresiones de la biología humana, es necesario admitir que la salud en general y la salud oral son como una unidad, son indivisibles la una de la otra. En consecuencia, el ignorar los signos y los síntomas de cualquier enfermedad oral va en detrimento de la calidad de vida individual y colectiva a posteriori<sup>22</sup>.

Las investigaciones en calidad de vida relacionada con la salud, hacen posible investigar los efectos de la enfermedad a lo largo de su evolución, la imagen social e individual que se tiene de la enfermedad y sus tratamientos, los efectos del tratamiento en los estados de ánimo y las expectativas del enfermo, los efectos del ingreso hospitalario, de las relaciones médico-paciente y odontólogo-paciente, las características del apoyo familiar, el análisis de los proyectos de vida y las formas en que se percibe todo este complejo proceso. También permiten buscar información con metodología y técnicas adecuadas, acerca de cómo se están estructurando las condiciones de vida en la sociedad, en las instituciones, en la familia y en el individuo, y las consecuencias que puedan producir en la salud y el bienestar de las personas.

El término “calidad de vida” se refiere entonces a una evaluación de todos los aspectos de nuestras vidas, lo que incluye por ejemplo el lugar donde vivimos, el modo como nos comportamos, la satisfacción laboral, etc. La calidad de vida relacionada con la salud abarca sólo aquellos aspectos de nuestras vidas que están dominados o influenciados de modo significativo por la salud personal<sup>23</sup>. Es necesario mencionar que una de las contribuciones de la Odontología es el mejorar o mantener la calidad de vida de las personas, ya que la mayoría de las enfermedades bucodentales y sus consecuencias tienen impacto en la calidad de vida<sup>24</sup>.

#### 5.2.4 Instrumentos de medición de la Calidad de Vida en Salud Oral

El uso de instrumentos de recolección de datos que miden y caracterizan el estado multidimensional de la salud, promete el acercamiento en la relación médico-paciente, de forma tal que los pacientes tendrán un nuevo marco de referencia respecto a sus prestadores de servicios de salud, y estos últimos podrán juzgar la efectividad del manejo de la población atendida, los cuales han permitido incorporar el concepto de evaluación de la calidad de vida, como calidad de vida y lo han convertido en la unidad fundamental para la medición de resultados en investigaciones dentro de este campo<sup>25</sup>.

Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes por la calidad de vida por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativa: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica. Los enfoques para la investigación de la calidad de vida se pueden englobar en dos tipos: cuantitativos y cualitativos. En los cualitativos, los investigadores anotan el relato de las personas sobre sus experiencias, desafíos, problemas y su apreciación sobre la eficacia del apoyo que reciben de los servicios sociales. Los enfoques cuantitativos tienen como propósito operacionalizar la calidad de vida<sup>26</sup>.

Para tal fin se han establecido los siguientes indicadores:

- **Sociales:** Involucran condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, la familia, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario y la vivienda, entre otros.
- **Psicológicos:** Encargados de medir las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales.
- **Ecológicos:** Evalúan el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente<sup>27</sup>.

Campbell definió 12 dimensiones o dominios para calificar la calidad de vida<sup>28</sup>.

- Comunidad
- Matrimonio
- Educación
- Nacionalidad
- Vida familiar
- Vecindad
- Amistad
- Yo
- Salud
- Nivel de vida
- Vivienda
- Trabajo

La evolución del concepto de salud desde la sola preservación del bienestar biológico a una definición que incluye el bienestar psíquico y social, hizo que los profesionales de la salud otorgaran importancia a los efectos de la enfermedad y del tratamiento sobre la calidad de vida, especialmente cuando la enfermedad o su tratamiento tienen efectos extremadamente negativos<sup>23</sup>.

Para medir el estado de salud es necesario realizar mediciones de tipos biológicas, generales y específicas de una enfermedad<sup>23</sup>. El estado de salud biológico se centra en los sistemas de órganos, por ejemplo los exámenes de laboratorio específicos para cada enfermedad. El proceso diagnóstico dicta las pruebas y evaluaciones necesarias. El estado de salud general evalúa aspectos de la salud relevantes para todas las edades, razas, sexos y niveles socioeconómicos. Las preguntas sobre salud general cubren el rango completo de un estado patológico, desde una condición que pone en peligro la vida hasta una sensación de bienestar global. Muchas escalas de medición comúnmente utilizadas son específicas para una enfermedad, en consecuencia sólo resaltan el extremo negativo de un continuo de salud.

Las mediciones sobre salud general deben evaluar por lo menos cuatro aspectos de la salud:

- **Función física.** Estas medidas intentan aislar limitaciones e incapacidades físicas<sup>23, 29</sup>. Los problemas se describen en forma de movilidad, dolor y limitaciones.
- **Salud mental.** Sus medidas se suelen centrar en la frecuencia y la intensidad del sufrimiento psicológico (por ej. Ansiedad o depresión) e incluyen tanto la percepción sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital como una evaluación de la función cognitiva<sup>25, 30</sup>.
- **Funcionamiento social y de rol.** El funcionamiento social se define como la capacidad para crear, mantener y perfeccionar relaciones sociales maduras. Las medidas de funcionamiento social reflejan el estado de salud física y mental, sirven para indicar la necesidad de atención de salud y reflejan los resultados de la misma.

- **Percepciones de la salud general.** Las Creencias y evaluaciones sobre su salud general que manifiesta una persona, sin considerar un aspecto mental o físico en particular, constituyen sus percepciones de la salud general. Las preguntas reflejan las preferencias valores, actitudes y necesidades sobre la salud de cada persona.

El concepto tradicional sobre la salud se centraba en la enfermedad y la capacidad funcional. Como resultado, las medidas de salud tradicionales se basaban en indicadores biológicos que reflejaban la muerte, la enfermedad y la incapacidad. La mayoría de los cuestionarios de salud eran breves y específicos para una enfermedad; los médicos debían responder en términos de categorías simples a menudo listadas por orden de gravedad, además, muy pocos cumplían con los requisitos de validación científicos. Actualmente los cuestionarios de salud representan una definición amplia de la salud y con la ayuda de técnicas psicométricas, proporcionan resultados científicamente válidos y confiables. Los cuestionarios y sus resultados se usan como parte de una estrategia completa para evaluar la salud, que incluye mediciones biológicas, completadas con las evaluaciones del paciente sobre su salud general y el estado de sus enfermedades específicas y, por último, observaciones de los profesionales de la salud.

Los instrumentos que miden calidad de vida con relación a salud se aplican en estudios sobre:

- Evaluación y seguimiento de los problemas psicosociales en el cuidado de un paciente individual.
- Detección de problemas de salud percibidos por la población.
- Auditoria médica.
- Evaluación de servicios de salud.
- Estudios clínicos.
- Análisis de costo-efectividad.

Una de las aplicaciones mejor conocidas son los estudios clínicos para evaluar los efectos de ciertas intervenciones sobre la Calidad de Vida, midiendo cómo la intervención la mejora (perfil terapéutico de la intervención) cómo o la deteriora (perfil de efectos adversos).

Como ya se ha mencionado antes, las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir como son: la función masticatoria y fonoarticular, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo<sup>31</sup>. Aunque este concepto se relacionó por primera vez con la salud oral durante la segunda guerra mundial, cuando la presencia de seis dientes en oclusión fue utilizada como indicador de una



adecuada relación: función oral/sentirse bien, su importancia en el área odontológica ha tomado relevancia sólo en las últimas décadas, creándose instrumentos de medición específicos para evaluar calidad de vida relacionada con la salud oral<sup>31</sup>. Los datos obtenidos de la aplicación de estos instrumentos además de utilizarse para estimar el impacto social y funcional de las patologías bucales, se emplean para correlacionarlos con medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos.

Las posibilidades de uso de los instrumentos que evalúan calidad de vida relacionada con la salud oral son las siguientes:

- Evaluación y monitoreo de problemas psicosociales asociadas a problemas de salud oral.
- Estudios poblacionales para evaluar percepción de la salud oral.
- Auditorias odontológicas.
- Ensayos clínicos
- Análisis de costo-utilidad de tratamientos odontológicos.

La calidad de vida relacionada con salud oral ha sido estudiada principalmente en los adultos mayores, probablemente debido al interés general por este grupo de edad que ha presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas en la mayoría de los países <sup>32</sup>. Además, debido a que con el envejecimiento se generan una serie de cambios en el estado social, percepción sensorial y en las funciones cognitivas y motoras de los individuos, las que no habían sido analizadas anteriormente en profundidad <sup>33</sup>. En las últimas tres décadas se han desarrollado numerosos instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral. En la conferencia sobre medidas de salud oral y calidad de vida realizada en Chapell Hill en 1996 se revisaron 11 de estos instrumentos, que pueden ser autoadministrados o aplicados por un entrevistador <sup>34-35</sup>. Los más utilizados se muestran en la Tabla 1. El número de preguntas que incluyen los instrumentos citados varía entre 3<sup>36</sup> y 49<sup>39</sup>.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	ABREVIACIÓN	AUTORES Y AÑO
<b>Social Impacts of Dental Disease</b>	SIDD	Cushing y cols., 1986
<b>Geriatric Oral health Assessment Index</b>	GOHAI	Atchison y Dolan, 1990
<b>Dental Impact Profile</b>	DIP	Strauss y Hunt, 1993
<b>Oral Health Impact Profile</b>	OHIP-49	Slade y Spencer, 1994
<b>Subjective Oral Health Status Indicators</b>	SOHSI	Locker y Miller, 1994
<b>Dental Impact on Daily Living</b>	DIDL	Leao y Sheiham, 1996
<b>Oral Health-related Quality of Life</b>	OHQOL	Kressin N y cols., 1996

<b>Oral Impacts on Daily Performances</b>	OIDP	Adulyanon, Sheiham, 1997
<b>Oral Health Impact Profile</b>	OHIP-14	Slade, 1997
<b>Oral Health Quality of Life UK</b>	OH-QoL UK	McGrath y Bedi, 2000
<b>Ortognatic Quality of Life Questionnaire</b>	OQLQ	Cunningham y cols., 2002

**TABLA 1.** Algunos instrumentos de medición de la calidad de vida relacionados con la salud oral<sup>28</sup>

Otra diferencia está dada por el valor que se le otorga a las preguntas que constituyen las dimensiones específicas. En algunos instrumentos estas tienen distinto valor (como por ejemplo en el Oral Health Impact Profile y en el Dental Impact on Daily Living), y en otros las dimensiones conservan igual valor (como en el GOHAI, y en el SOHSI).

#### **5.2.4.1 Social Impacts Of Dental Disease (SIDDD)**

En su traducción al español, el Impacto Social de la Enfermedad Oral, desarrollado en la década de 1980, fue uno de los primeros indicadores socio-dentales. Fue una respuesta a la insatisfacción con las medidas convencionales de la salud que no lograron incorporar la evaluación de los impactos de la enfermedad, el deterioro y los servicios de salud en el bienestar de las personas. El desarrollo del indicador también fue influenciado por los debates de lo que constituía la "calidad de vida", porque era un objetivo importante para la política pública y priorizar el uso de recursos. Hubo un creciente consenso de que la salud se extendió más allá de las definiciones puramente clínicos y debe incluir el bienestar general, la ausencia de dolor y el malestar y el funcionamiento efectivo. Wolinsky y Wolinsky<sup>46</sup> construyeron un modelo de estado de salud se centra en los tres aspectos principales del estado de salud de un individuo: el aspecto físico, que se mide desde la perspectiva del clínico y por lo tanto refleja el modelo clínico; el aspecto social, desde la perspectiva de la sociedad en términos de la tarea y el desempeño del rol; y el aspecto psicológico, que se mide desde la perspectiva del individuo de satisfacción general y felicidad. Esos tres puntos de vista fueron adoptados para la construcción de SIDDD.

Las medidas de impacto dental utilizado representan un primer intento de incorporar medidas de impacto en las medidas de salud oral. De las entrevistas cualitativas, una medida del impacto social y psicológico de las enfermedades dentales se desarrolló en base a cinco categorías de impacto: restricciones de la alimentación, restricciones de comunicación, dolor, malestar e insatisfacción

estética. El dolor y el malestar se distinguen por ser diferentes unos de otros. La puntuación de cada individuo se construye a partir de las respuestas a las preguntas relacionadas con esas cinco categorías. Una puntuación total de impacto se deriva añadiendo el número de categorías. Una puntuación de 1 se da a la categoría de impacto en caso de una respuesta positiva se ha dado a cualquiera de las preguntas en la categoría. Se utilizaron dos puntuaciones totales de impacto, incluyendo uno (puntuación total de 0-5) y una exclusión de incomodidad (puntuación total de 0-4) para ver la diferencia si este problema relativamente común. Los síntomas de mal gusto y el mal aliento, aunque es relativamente frecuente, se excluyeron de la puntuación total del impacto porque tenían varias causas y no estaban necesariamente ligados a las condiciones dentales. No se trató de medir la gravedad de un impacto. Por lo tanto, SIDD debe ser considerado como un indicador básico de impacto.

Una puntuación de 1 se da a la categoría de impacto en caso de una respuesta positiva se ha dado a cualquiera de los elementos de las categorías. Total Impacto (0-4)=Suma de las categorías del impacto en la alimentación, la comunicación, el dolor y la estética; en total (0-5, incluyendo malestar)=suma de las categorías de la alimentación, la comunicación, el dolor, la incomodidad y la estética. Véase *Anexo 3*.

#### **5.2.4.2 Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)**

Para medir el estado de salud oral, se han creado numerosos instrumentos. El más usado es el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI por sus siglas en inglés de Geriatric Oral Health Assessment Index). Este índice tiene la característica de haber sido uno de los primeros elaborados y diseñado para reportar los problemas de salud oral en base a la autopercepción del paciente, demostrando tener una alta sensibilidad y especificidad para recoger información con relación a síntomas bucales y a los problemas físicos y psicosociales asociados. Fue desarrollado por Atchinson & Dolan de las Universidades de California y Florida y se basa en tres supuestos: 1) que la salud oral puede ser medida utilizando la autoevaluación del propio paciente; 2) que los niveles de salud oral varían entre personas y que esta variación puede demostrarse utilizando una medición basada en la autopercepción del paciente, y 3) que la autopercepción ha sido identificada como predictora de la salud oral. Fue evaluado en un estudio transversal que determinó que sus propiedades psicométricas eran aceptables, sugiriendo continuar su uso como un indicador del impacto de las condiciones bucales en el funcionamiento y bienestar del paciente. Ha sido validado en el estudio de salud oral en distintas etnias, dentro de ellas la hispana. Su correlación con el nivel de salud bucal, analizando parámetros clínicos es óptima<sup>46</sup>.

Este instrumento consiste en un cuestionario compacto de solo 12 preguntas, lo que aumenta las probabilidades de que sea contestado en forma completa. Para evaluar los problemas relacionados con la salud bucal se propusieron tres dimensiones: 1) función física que influye en comer, hablar, deglutir; 2) función psicosocial incluyendo preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales; y 3) dolor e incomodidad incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral. El formato de respuesta es de tipo Likert, los sujetos responden si ellos han experimentado alguno de los doce problemas en los últimos tres meses, codificando como, 0= nunca, 1= rara vez, 2= a veces, 3= a menudo, 4= muy a menudo, 5= siempre. Se calcula una sumatoria simple de las respuestas para cada sujeto, dando un rango entre 0 y 60, el valor más alto indica la mejor autopercepción de la salud oral. Sus autores enfatizan que este índice no reemplaza el examen clínico ni el diagnóstico específico de las patologías orales, pero entrega una aproximación del estado de la salud bucal y es muy útil para guiar una oportuna y adecuada remisión de los pacientes<sup>28</sup>. Véase Anexo 4.

#### **5.2.4.3 Dental Impact Profile (DIP)**

Fue construido para indicar cómo la calidad de vida se ha visto afectada, empañada o mejorado por la salud oral y las estructuras orales. Es un instrumento totalmente auto-informe que puede servir como un indicador de cómo los dientes o salientes son importantes para un individuo o una población<sup>48</sup>. Es la hipótesis de que esta medida sería cohorte dependiente y un reflejo de los valores y las experiencias de diversos grupos culturales, étnicos y raciales. Se puede entender como una medida de las influencias culturales en el valor que da a los dientes o a las prótesis dentales. El Perfil de Impacto Dental fue desarrollado a través de entrevistas a los odontólogos, los científicos sociales y los consumidores de manera cualitativa acerca de las formas que tenían los dientes o prótesis dentales a la materia. Éste instrumento fue una prueba piloto a través de la administración en la comunidad para las personas de edad en centros de nutrición y en los centros comerciales. Se planteó la hipótesis de que el impacto de los dientes o prótesis en la vida de una persona dependiente de la edad y se cualificaba según el efecto q tuviese sobre el individuo encuestado. Véase Anexo 5.

#### **5.2.4.4 Oral Health Impact Profile (OHIP)**

El Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profile u OHIP), posiblemente el instrumento de medición en salud oral más conocido, mide como influyen las enfermedades orales en el impacto social de sentirse bien<sup>50</sup>. El desarrollo, confiabilidad y validez de este índice fue descrito en el año 1994 por Slade y Spencer<sup>51</sup>. Consiste en 49 preguntas que capturan las siete dimensiones formuladas en el modelo teórico de salud oral de Locker<sup>51</sup>: limitación de la función, dolor físico, aflicción psicológica, incapacidad física, incapacidad social y discapacidad. Para facilitar la evaluación de la severidad del impacto, cada pregunta tiene un peso derivado de la técnica de comparación pareada de Thurstone. Las respuestas a las preguntas que abordan cada uno de estos aspectos pueden ser calculadas en subescalas separadas para cada dimensión del impacto social del OHIP, o en su conjunto todas las preguntas. Un ejemplo de una pregunta del OHIP es: ¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? Para su cuantificación se usa un formato de tipo Likert (0=nunca, 1=rara vez, 2=a veces, 3=a menudo, 4=muy a menudo, 5=siempre). En estudios epidemiológicos que han utilizado el OHIP se ha encontrado que los dientes perdidos, la caries no tratada, la pérdida de la inserción periodontal y las barreras para el cuidado dental, están asociadas con un incremento en el impacto sobre el bienestar y la calidad de vida<sup>51,52</sup>. Considerando que este extenso instrumento de 49 preguntas podría ser difícil de aplicar en estudios epidemiológicos, Slade<sup>28</sup> publicó en el año 1997 una forma resumida del OHIP consistente en 14 preguntas que presentaron un alto grado de coincidencia con los resultados obtenidos con la OHIP de 49 preguntas. La tabla 2 muestra las preguntas que conforman el OHIP-14. Véase *Anexos 6 y 7*.

#### **5.2.4.5 Subjective Oral Health Status Indicators (SOHSI)**

Este instrumento fue desarrollado en Canadá para describir los resultados funcionales, sociales y psicológicas de los trastornos condiciones y orales. Fue pensado para ser utilizado en las encuestas de salud bucal de los adultos mayores con el fin de complementar las medidas clínicas empleadas habitualmente en este tipo de encuestas. Posteriormente, los indicadores, o las versiones abreviadas de ellos, se han utilizado en estudios de poblaciones de adolescentes y de adultos a nivel local y provincial en Canadá y en el ámbito local en el Reino Unido. Estos indicadores de estado de la salud oral subjetivas se basan en un modelo de la enfermedad y sus consecuencias derivadas de Clasificación de la OMS Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías<sup>55</sup> y reflejan los componentes clave de ese modelo. Este modelo reconoce el carácter multidimensional de los conceptos de salud y enlaces orales y las medidas

derivadas de ellos de una manera lineal que se mueve de un nivel biofísico a un nivel socio-médico y en última instancia a un nivel social de los análisis. En este sentido, los indicadores facilitan la exploración de los vínculos entre las enfermedades orales y sus resultados en términos de salud y bienestar.

Los indicadores incluyen: un índice de seis puntos de la masticación de la capacidad, un índice de tres ítems de la capacidad de hablar con claridad, un índice de nueve puntos de los síntomas de dolor oral y facial, y un índice de diez ítems de otros síntomas orales. La escala de impacto social y psicológico de los trastornos orales es evaluada por cuatro subescalas: una subescala de tres ítems de problemas con la comida, una subescala de cuatro ítems preocupados por los problemas de comunicación/relaciones sociales, una subescala de seis ítems de otras limitaciones en las actividades diarias y una subescala de dos elementos de inquietud y preocupación acerca de la salud oral<sup>56</sup>. Véase Anexo 8.

#### **5.2.4.6 Dental Impact on Daily Living (DIDL)**

Es una medida socio-dental que evalúa cinco dimensiones de la calidad de vida<sup>58</sup>. Estos son: Comfort, relacionados con las quejas tales como sangrado de las encías y el envasado de alimentos; Apariencia, que consiste en la propia imagen; Dolor; Rendimiento, la capacidad de llevar acabo las actividades diarias y de interactuar con la gente; y Comer con restricción, en relación con las dificultades en morder y masticar. La medida consiste en un cuestionario de 36 ítems, que evalúa los impactos orales sobre la vida diaria, y una escala, que es una representación gráfica de un método desarrollado por Leao<sup>58</sup>: evaluará cuales de las dimensiones implicadas atribuyen los encuestados mayor importancia.

Los objetivos de DIDL son obtenerlas dimensiones de puntuación y también para generar una única puntuación total para todas las dimensiones involucradas. Además, DIDL es suficientemente flexible para ser orientado al análisis de los elementos individuales, dimensiones o puntuación total. Véase Anexo 9.

#### **5.2.4.7 Oral Health-related Quality of Life (OHQOL)**

En 1991 un grupo de investigadores que se ocupan de la salud y calidad de vida en los hombres mayores seleccionaron varias preguntas relacionadas con el impacto de la salud bucal en la calidad de vida para incluir en las encuestas sobre este tema. La perspectiva teórica que guía la selección de los artículos en particular era la opinión de que la calidad relacionada con la salud de la vida es

una concepción amplia de la salud, que abarca la definición tradicional de la salud, así como la evaluación subjetiva de un individuo sobre el impacto de la salud en el bienestar y en funcionamiento de la vida cotidiana<sup>61</sup>.

El grupo original de los artículos en los que se desarrolló la medida OHQoL fueron seleccionados en parte de los instrumentos existentes que evaluaron diversos impactos de la salud bucal en la calidad de vida. Tres elementos fueron incluidos que se refería a los posibles efectos de la enfermedad oral: Tener problemas con sus dientes o encías: 1) afectando sus actividades diarias, como el trabajo o pasatiempos; 2) afectando sus actividades sociales como con la familia, amigos, compañeros de trabajo; 3) causando evitar conversaciones con la gente debido a cómo se veía. Las respuestas para cada uno de estos ítems se califican en una escala de seis puntos que van desde "todo el tiempo" a "ninguna vez". La encuesta también incluía dos ítems que evalúan el malestar oral (boca seca y sensible o sangrado de las encías, ambos anotaron en una escala de cinco puntos que van desde "nunca" a "muy a menudo") y dos elementos de la Nutrition Screening Initiative<sup>57</sup>: evaluación de los problemas de la alimentación (dificultad al comer y/o deglutir, con un formato de respuesta de: sí/no). El dolor dental se evaluó preguntando cuánto dolor o angustia sentían los encuestados en los o las encías durante los últimos tres meses (en una escala de 1 a 5, donde 1=nada y 5=en gran medida).

#### **5.2.4.8 Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)**

El OIDP evalúa el grado en que la vida cotidiana de una persona ha sido negativamente afectada por sus condiciones orales. Se centra en 10 actividades básicas de la vida diaria y comportamientos tales como: alimentación, luz de hablar, los dientes o limpiar prótesis, haciendo actividades físicas, el dormir, relajación, sonrisa, riendo y mostrando los dientes y sin vergüenza, estado emocional, salir y disfrutar de la contacto de otras personas. El OIDP se ha utilizado en diferentes estudios de poblaciones de adultos<sup>62</sup>.

#### **5.2.4.9 Oral Health Quality of Life (OH-QoL)**

Es una medida dental específica de 15 ítems que evalúa la satisfacción de una persona con su salud bucal y el estado funcional, así como la importancia que él o ella atribuye a la salud bucal y el estado funcional. Se desarrolló para medir el

bienestar subjetivo de una persona con respecto a su salud oral y funcional bajo los siguientes objetivos: 1) evaluar el impacto de la salud bucal y el estado funcional en la calidad de vida y 2) para modelar la relación entre las medidas "objetivas" y "subjetivas" de la salud oral y el estado funcional a las evaluaciones de la calidad de vida en general. La inclusión del "bienestar subjetivo" dimensión de la calidad de vida de evaluación complementa las medidas tradicionales "de estado funcional objetiva", por lo tanto, el restablecimiento de la función del personal o elemento "humanista" en la calidad de vida<sup>64, 65, 66</sup>. Véase Anexo 10.

#### **5.2.4.10 Ortognatic Quality of Life Questionnaire (OQLQ)**

El concepto de calidad de vida de la OMS amplió el foco en la medición de la salud sea indicadores de salud tradicionales como la mortalidad y la morbilidad para incluir medidas del impacto de la enfermedad y el deterioro de las actividades y el comportamiento diario, informó medidas de salud pueden servir como un método para construir una comprensión de relevancia clínica y su importancia, y estos significados, que deben compararse entre diferentes culturas y naciones, hacen necesario no sólo para ser bien traducido lingüísticamente , sino también ser adaptar culturalmente para mantener la validez de contenido del instrumento y alcanzar la equivalencia entre el origen y el destino original, versiones del cuestionario. Según Cun-ningham. Un mayor interés en la salud relacionados con calidad de vida está ocurriendo debido a la posibilidad de ampliar la gama de medidas de resultado utilizadas en la investigación clínica es, para auditar el desempeño de los grupos o individuos y para controlar los niveles de salud de la comunidad<sup>68</sup>. Véase Anexo 11.

#### **5.2.5 ¿Qué es una Prótesis Dental?**

Por etimología, la palabra Prótesis proviene del griego *Próthesis* que quiere decir: Agregado e indica una técnica que se propone para la sustitución de una parte del cuerpo humano con material no biológico encargado de reproducir la forma y la función de la estructura perdida. Los términos griegos *Pro* (Adelante) y *Tesis* (Colocar) conducen al vocablo Prótesis: es decir, algo que el profesional correspondiente, en éste caso el odontólogo, coloca frente al paciente y que este último debería integrar para sí.<sup>3</sup> En el plano odontológico una prótesis es una terapia de la rehabilitación oral mediante la cual y por medio de un aparato artificial se reemplaza o repara un órgano dentario perdido de forma total o parcial con el



propósito de reestablecer una función y/u ocultar una deformidad.<sup>70</sup> Según sea el caso, las prótesis dentales se clasifican en Fijas y Removibles que a su vez puede ser Parciales o Totales.

Toda prótesis dental, sin importar clasificación o materiales de confección, debe cubrir determinados parámetros para su uso en boca: debe ser estética, cómoda y proveerle a su portador la experiencia de alimentarse, hablar y desenvolverse en su ecosistema cultural de forma normal, tal y como si en vez de un aditamento artificial contara con sus dientes naturales.

## **Alimentación**

Este proceso para efectos prácticos se divide en:

- **Masticación:** llevada a cabo en la cavidad oral, por medio de la cual un alimento es triturado y molido. De esta definición es posible desprender que el principal propósito de la función masticatoria en el sentido más amplio es el mecánico, por medio del cual el alimento debe ser adaptado en tamaño, consistencia y forma para su deglución y digestión.<sup>1</sup>
- **Deglución:** puede ser definida simplemente como el acto de tragar. Es una actividad neuromuscular compleja, consistente en una serie de movimientos coordinados de los músculos de la boca, faringe y esófago, cuyo propósito fundamental es permitir que los líquidos (entre ellos la saliva) o los alimentos sólidos sometidos al proceso de masticación, sean transportados desde la boca hasta el estómago.<sup>1</sup>

## **Fonación**

Se define como un acto dinámico de complejidad extraordinaria, que involucra actividades fisiológicas y psicológicas del individuo y exige una elaboración intelectual. Es una actividad motriz compleja formada por: inteligencia, memoria, mecanismos aprendidos y automáticos y que necesariamente implica un adecuado crecimiento y desarrollo de las estructuras que intervienen en ella<sup>1</sup> lo cual, por supuesto, incluye a la prótesis dental.

## **Comunicación**

Con una connotación psicológica, se trata de la capacidad para relacionarse con las demás personas y su entorno. La correcta confección de la prótesis dental

debe permitirle a su portador comunicarse y sentirse pleno al momento de compartir con las personas de su diario vivir.

Asimismo, el artefacto protético oral tiene que estar confeccionado de tal manera que presente una adaptación adecuada, para evitar así la aparición de incomodidades que generen dolor o hábitos para funcionales.

### 5.2.5.1 Prótesis Fija

Es un aparato protético permanente unido a los dientes remanentes que sustituye uno o más dientes ausentes. Cuando la rehabilitación es en un solo órgano dentario recibe el nombre de Corona, la cual es una restauración extracoronaria cementada que recubre la superficie externa de una corona clínica. Si se trata de dos o más dientes a reemplazar, los órganos dentarios que sirven como elementos de unión para una prótesis fija se denominarán Pilares y son preparados biomecánicamente (según sean las necesidades propias de cada paciente) con el fin de que puedan recibir adecuadamente la forma de la prótesis; el diente artificial que se sustenta en los dientes pilares se conoce como Póntico y se relaciona con los pilares a través de los Conectores, los cuales pueden ser rígidos (soldados o colados) o no rígidos (ataches o rompiefuerzas).<sup>70</sup>

Las prótesis fijas pueden confeccionarse totalmente cerámicas y en metal-cerámica; ésta elección dependerá de la zona o zonas a rehabilitar y costo, entre otros.

Las porcelanas dentales aportan un altísimo grado estético ya que aportan mayor translucidez, transmisión de luz y biocompatibilidad; sin embargo, estas características se encuentran relacionadas en gran medida con fragilidad, rasgo propio en el material (vidrios cristalinos compuestos de sílice y oxígeno básicamente).<sup>70</sup>

	Porcelana de Baja Fusión	Porcelana de Alta Fusión
<b>Dióxido de sílice</b>	69.4%	64,2%
<b>Óxido bórico</b>	7,5%	2,8%
<b>Óxido cálcico</b>	1,9%	-
<b>Óxido potásico</b>	8,3%	8,2%
<b>Óxido sódico</b>	4,8%	1,9%
<b>Óxido de aluminio</b>	8,1%	19%
<b>Óxido de litio</b>	-	2,1%
<b>Óxido de magnesio</b>	-	0,5%
<b>Pentóxido de fósforo</b>	-	0,7%

**Tabla 2.** Ingredientes de las Porcelanas Dentales<sup>70</sup>

Las restauraciones de Metal-Cerámica se componen de un colado o cofia de metal que se ajusta a la preparación dentaria, dicha cofia luego es recubierta por tres capas de porcelana. Este tipo de preparaciones son más fuertes y resistentes que las hechas totalmente en cerámica, pero su aspecto estético es mucho menor. Algunas de las aleaciones de metal usadas para éste tipo de prótesis pueden ser noble alta (tipos I, II, III o IV), noble (Oro-Cobre-Plata-Paladio, Oro-Plata-Paladio-Indio, Paladio-Cobre-Galio o Plata-Paladio) y de metal base (Cromo-Cobalto, Cromo-Níquel, entre otras).<sup>70</sup>

#### **5.2.5.2 Prótesis Parcial Removable**

Tiene como finalidad reemplazar los dientes y las estructuras vecinas perdidas preservando y mejorando la salud de los dientes y las estructuras remanentes asociadas.<sup>71</sup> Sus elementos constitutivos son:

- Apoyos: Extensión rígida de la estructura metálica que trasmite las fuerzas funcionales a los dientes y previene el movimiento de la prótesis hacia los tejidos blandos.
- Retenedores: permiten la resistencia al desplazamiento de la prótesis.
- Conectores mayores: unen partes de la prótesis que se encuentran en ambos lados del arco dentario. Brindan soporte, estabilidad y retención.
- Conectores menores: unen al conector mayor con las otras partes de la prótesis. Trasmiten fuerza oclusal de la prótesis
- Retención para las bases de acrílico
- Extensión para las bases

La mayoría de las prótesis parciales removibles se confeccionan con aleaciones en Oro, Cromo-Cobalto, Cromo-Níquel y recientemente Titanio.<sup>71</sup>

#### **5.2.5.3 Prótesis Total Removable**

Es un método terapéutico que reemplaza todos los dientes perdidos de uno o los dos maxilares por medio de un artificio.<sup>69</sup> Consta básicamente de tres elementos constitutivos:

- Base o placa: puede ser metálica o plástica con un grosor de aproximadamente 3mm y debe tener la misma morfología del maxilar correspondiente.
- Dientes: se implantan en la base formando la arcada dentaria, se dispondrán por número de 14 en cada arcada o según sea el tamaño de la base.

- Flancos: bordes o límites de la prótesis

### **5.2.6 La Estética y su relación con la Odontología**

La Estética es una rama de la filosofía que se encarga de estudiar la manera en que el razonamiento del ser humano interpreta los estímulos sensoriales que recibe del mundo circundante. El término estética, desde el punto de vista etimológico, deriva del griego y significa percepción, y es la ciencia que estudia el conocimiento sensible, el que se adquiere a través de los sentidos. Entre los diversos objetos de estudio de la Estética figuran la belleza o los juicios de gusto, así como las distintas maneras de interpretarlos por parte del ser humano; por tanto, la estética está íntimamente ligada al arte y analiza los diversos estilos y períodos artísticos conforme a los diversos componentes estéticos que en ellos se encuentran<sup>3</sup>.

De conformidad con lo anterior la odontología por su parte tiene dentro de sus muchos fines lograr la estética y la buena apariencia del individuo. La belleza es algo cultural, un concepto abstracto y subjetivo, por lo tal vez no siempre el paciente tendrá el mismo criterio de “prótesis estética” con respecto al de los profesionales. Cuando se habla de estética en este campo puede aparecer el error de relacionar lo mejor y más bello con lo más perfecto (dientes blancos y alineados a la perfección, sin ningún tipo de desgaste, etc.); no obstante, el objetivo protésico será conseguir mejorar el aspecto estético, pero no tan perfecto como si natural, teniendo en cuenta la edad, el sexo, la morfología facial y el tamaño de la cara del paciente. Estéticamente una prótesis completa y sana es importante, pero no solo porque se restauran los dientes perdidos, sino porque también se restauran la dimensión vertical de la boca y el aspecto global de la cara para alcanzar una expresión bella y saludable<sup>3</sup>.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1 Tipo De Estudio:**

El estudio epidemiológico es de carácter observacional, descriptivo y de corte transversal. Se escoge este tipo de estudio por presentar características que van acorde al objetivo de esta investigación como trabajo epidemiológico al realizar medición de variables en un momento específico del tiempo<sup>72</sup>.

Es un estudio observacional porque el investigador no asigna el factor de estudio, sino que observa, mide y analiza las variables de interés, sin controlar el factor. Valora y analiza lo que ocurre en su realidad sin intervenir en ella. Es un estudio de carácter estadístico y sociodemográfico, ya sea de tipo sociológico o biológico, es un estudio epidemiológico en el que no hay intervención por parte del investigador, y éste se limita a medir las variables que define en el estudio<sup>17, 73</sup>.

Es Descriptivo, porque explica con detalles las características de un individuo, situaciones o grupos, con o sin especificaciones de hipótesis iniciales a cerca de la naturaleza de tales características<sup>73</sup>. Es de corte transversal puesto que estudia las variables simultáneamente en determinado momento, por lo tanto el tiempo no es importante en relación a la forma en que se producen los fenómenos<sup>73, 74</sup>. La investigación realizada es de corte transversal ya que se evaluó la percepción de los procedimientos odontológicos de rehabilitación oral en un determinado número de pacientes durante un momento determinado en el tiempo que comprende el segundo semestre del año 2013.

### **6.2 Universo:**

Es el conjunto de individuos sobre los que se realiza el estudio<sup>72</sup>; que en este caso se encuentra conformado por todos los pacientes adultos que asisten a La Clínica Odontológica de la Universidad Del Magdalena en el semestre 2013-II a los cuales se les inició y finiquitó tratamientos de rehabilitación oral, entendiéndose por esto: Prótesis Parcial Fija, Prótesis Parcial Removible y Prótesis Total Removible; para un total de 178 pacientes.

### 6.3 Muestra:

La muestra es aquella parte del universo donde se lleva a cabo el estudio<sup>75</sup>; se encuentra constituida por un número 72 pacientes que cumplieron con los siguientes **criterios de inclusión**: Pacientes con edades entre los 18 y los 90 años, a los que se les realizaron tratamientos de rehabilitación oral como lo son: prótesis parciales fijas, prótesis parciales removibles y prótesis totales parciales, y además que hayan otorgado su consentimiento informado por escrito. No se establecieron criterios de exclusión.

Para la selección de la muestra se utilizó la siguiente fórmula: Calculo muestra métodos cuantitativos de Edgar Navarro Lechuga- docente Universidad del Norte.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{N \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

*Dónde:*

- **n**= Tamaño de la Muestra.
- **N**= Población Total.
- **p**=Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5 el cual equivale al 50%
- **Z**=Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual).
- **e**=Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor de 0,05 equivalente al 5%

*Por lo tanto:*

$$n = \frac{178 \cdot 0.5^2 \cdot 1.96^2}{178 \cdot +0.05^2 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} = \frac{170.9512}{1.4054} = 121.63882169$$

**Ajuste por finitud:**

$$n \text{ finita} = \frac{n}{1 + (f)}$$

$$n_{finita} = \frac{n}{N} = \frac{121.63882169}{178} = \mathbf{0.6833641668}$$

$$\Rightarrow n_{finita} = \frac{121.63882169}{1 + 0.6833641668} = \frac{121.63882169}{1.6833641668}$$

$$= 72.259362584 = \mathbf{72}$$

#### 6.4 Variables Del Estudio:

Macrovariable	Microvariable	Definición	Nivel de Medición	Escala de Medición
Sociodemográfica	Edad	Promedio de vida en el que el paciente más muestra interés por su salud bucal	Ordinal	1= Nunca 2= A veces 3= A menudo y 4= Siempre
	Género	Que pacientes (hombres o mujeres) se observan más motivados a mejorar su salud y función oral	Ordinal	1= Nunca 2= A veces 3= A menudo y 4= Siempre
Percepción clínica	Confort con la prótesis	Sensación de comodidad manifiesta por el paciente	Ordinal	1= Nunca 2= A veces 3= A menudo y 4= Siempre
Satisfacción	Estética	Complacencia que el paciente refiere con respecto al estado visual de su prótesis	Nominal	1=Alto 2= Mediano 3= Bajo y

Requerimientos funcionales	Masticación	Agrado que el paciente siente al momento de ingerir alimentos	Ordinal	4= Muy bajo 1= Nunca 2= A veces 3= A menudo y 4= Siempre
	Deglución	Agrado que el paciente siente al momento de tragar los alimentos	Ordinal	1= Nunca 2= A veces 3= A menudo y 4= Siempre
	Fonación	Agrado que el paciente siente al momento de enlazar las palabras al hablar	Ordinal	1= Nunca 2= A veces 3= A menudo y 4= Siempre
	Comunicación	Agrado que el paciente siente al momento de hablar y ser entendido por los demás.	Ordinal	1= Nunca 2= A veces 3= A menudo y 4= Siempre
Relación	Bienestar	Complacencia que el paciente tiene con su prótesis en general, tanto en su estética como en su desempeño	Ordinal	1= Nunca 2= A veces 3= A menudo y 4= Siempre

**Tabla 3.** Variables del Estudio



## **6.5 Técnicas e Instrumentos**

### **6.5.1 Técnica:**

Una investigación es científicamente válida al estar sustentada en información verificable, que responde lo que se pretende demostrar con la hipótesis planteada. Para ello, es imprescindible realizar un proceso de recolección de datos en forma planificada y teniendo claros los objetivos sobre el nivel y profundidad de la información a recolectar<sup>76</sup>.

La recolección de la información se realizó a través de la historia clínica del adulto de la Universidad del Magdalena y la encuesta de autopercepción realizada a la muestra seleccionada; para luego llevar la indagación obtenida a una base de datos para posterior análisis estadístico.

### **6.5.2 Instrumentos:**

Los instrumentos utilizados en la investigación, se encuentra:

- La historia clínica del adulto de la Universidad del Magdalena, la cual fue diligenciada a partir de la información recabada en la exploración del área bucal, la entrevista directa al paciente.
- La encuesta de percepción realizada por los investigadores del presente estudio; la cual fue validada y posteriormente diligenciada por los pacientes que se incluyeron en la selección de la muestra.

#### **6.5.2.1 La Historia Clínica Institucional.**

El esquema de la historia clínica del paciente adulto utilizada en la Clínica Odontológica de la Universidad del Magdalena, contiene 8 apartes: características sociodemográficas, examen físico, antecedentes patológicos, antecedentes no patológicos, historia de la patología familiar, diagnóstico, tratamiento y anexos, los cuales se encuentran divididos por las diversas especialidades odontológicas que maneja La Clínica Odontológica de La Universidad Del Magdalena.

El Primer Registro inicia con la entrevista, en la cual se solicitan los datos personales del paciente (nombre, apellidos, sexo, edad, fecha de nacimiento,

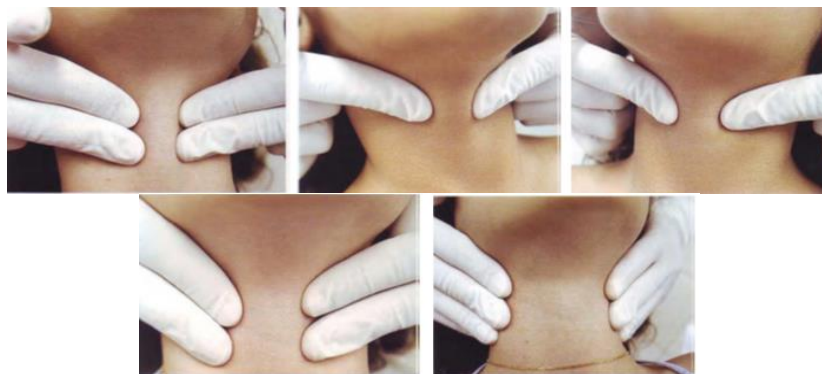
dirección actual, estrato socio-económico, teléfonos, entre otros), que son importantes para el diligenciamiento de la historia clínica.

En el Segundo Registro, se indaga la razón por la cual el paciente se encuentra en nuestra consulta, si manifiesta dolor, si nota alteraciones a nivel oral o perioral, si estéticamente es conforme, entre otros.

En el Tercer Registro, se exploran los antecedentes personales del paciente, antecedentes patológicos (enfermedades que ha padecido), hábitos orales, que sean fundamentales en la historia de la salud del paciente y en su posterior tratamiento.

- Antecedentes patológicos: se identifican las enfermedades padecidas por el paciente, incluyendo las enfermedades sufridas por la madre durante el periodo de gestación, así como las que se padecen en la actualidad, para apreciar el estado de los sistemas corporales del niño.
- Antecedentes no patológicos: se anotan las costumbres nocivas del paciente, como la ingesta excesiva de azúcar, alimentos o medicamentos, hábitos higiénicos orales (uso de dentífrico, colutorios o seda dental), última visita odontológica, hábitos orales, entre otros.
- Historial de patologías familiares: se puntualiza en las enfermedades hereditarias e infecto-contagiosas, con el propósito de valorar su influencia en la patología oral.

Posteriormente se procede al examen físico del paciente, para valorar el estado nutricional a partir del índice de masa corporal (IMC), la presencia de patologías sistémicas y del sistema estomatognático por medio de la exploración clínica con el examen estomatológico extraoral (cuello y región peribucal), examen estomatológico intraoral (mucosa labial y yugal, paladar duro y blando, orofaringe, lengua, piso de boca, tablas óseas, encías y dientes), considerando los antecedentes familiares.



**FIGURA 1.** Inspección y palpación de las cadenas ganglionares de cabeza y cuello



**FIGURA 2.** *Inspección y palpación de mucosa labial*



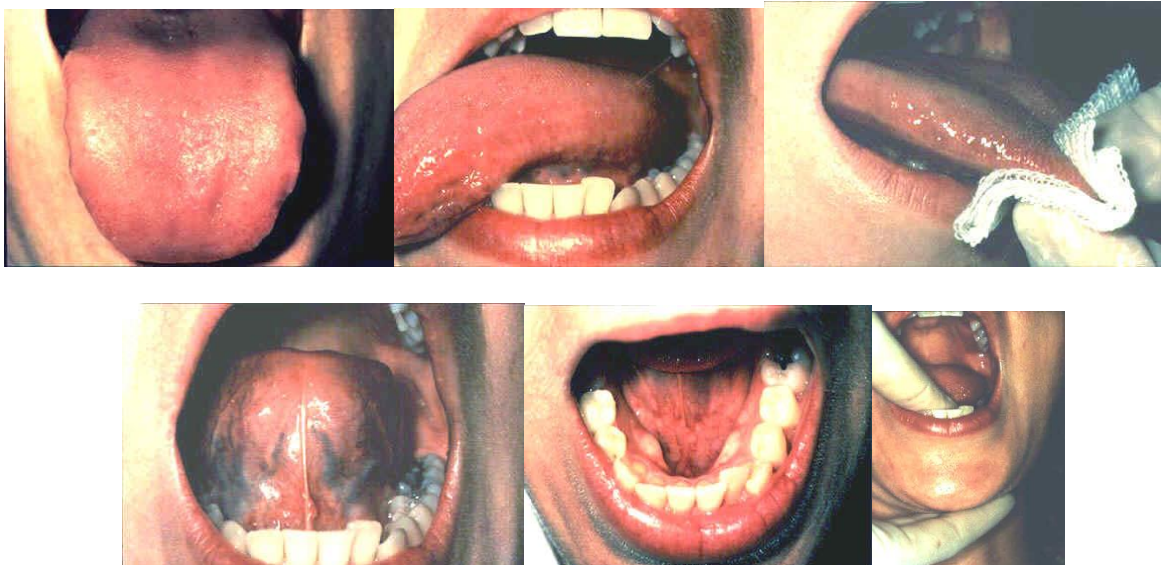
**FIGURA 3.** *Inspección y palpación de mucosa yugal*



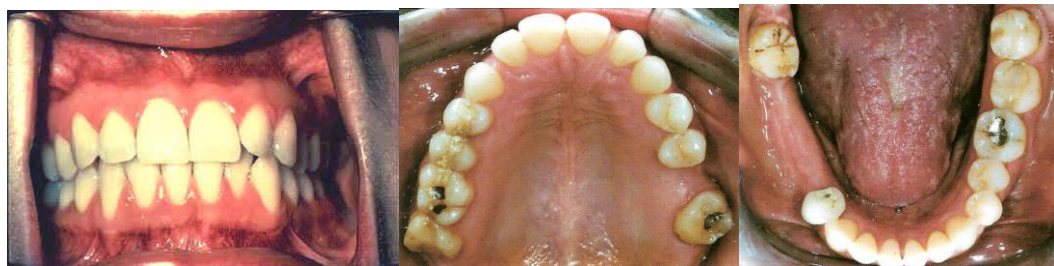
**FIGURA 4.** *Inspección y palpación de paladar duro*



**FIGURA 5** *Inspección y palpación de paladar blando y orofaringe*



**FIGURA 6.** Inspección y palpación de la lengua y el piso de boca



**FIGURA 7.** Inspección de encías y dientes

#### 6.5.2.2 Encuesta de Autopercepción

La estructura del instrumento para la recolección de los datos se encuentra dividida en una dimensión clínica y otra psico-social; esto con la finalidad de encontrar que variables clínico-físicas son de mayor relevancia bajo la óptica del paciente, al igual que las variables psicológicas e interrelacionar ambas; lo anterior se hace menester porque permite a los investigadores considerar la autopercepción de cada paciente tiene de su cavidad bucal con respecto al tratamiento de rehabilitación oral recibido de una manera integral, amplia y concluyente.

El medidor se compone de 20 interrogantes, a los cuales se les da respuesta con opciones que se traducen en frecuencia y se codifican con números de la siguiente manera: 1= Nunca, 2= A veces, 3= A menudo y 4= Siempre

Y un interrogante cuya respuesta se establece como un nivel de satisfacción estético, siendo sus opciones así: 1=Alto, 2= Mediano, 3= Bajo, 4= Muy bajo. Véase Anexo 12.

No.	PREGUNTAS	1	2	3	4
1	¿Tiene incomodidad al comer algunos alimentos debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
2	¿Siente que le quedan alimentos en la prótesis dental después de comer?	___	___	___	___
3	¿Interrumpe sus comidas debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
4	¿Su alimentación es satisfactoria debido su prótesis dental?	___	___	___	___
5	¿Siente que su percepción del gusto ha empeorado debido a su prótesis?	___	___	___	___
6	¿Tiene alguna incomodidad dolorosa en su boca?	___	___	___	___
7	¿Tiene dolores de cabeza debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
8	¿Tiene dolores en la mandíbula debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
9	¿Tiene dolores en las encías debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
10	¿Se ha descubierto realizando algún hábito de manera inconsciente con su prótesis dental?	___	___	___	___
11	¿Tiene incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
12	¿Siente que su prótesis dental no está confeccionada correctamente?	___	___	___	___
13	¿Siente que su prótesis dental no se ve natural?	___	___	___	___
14	¿Se siente nervioso debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
15	¿Encuentra dificultad para relajarse debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
16	¿Se siente perturbado frente a otras personas debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
17	¿Se siente irritable con otras personas debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
18	¿Tiene dificultad al hacer sus trabajos habituales debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
19	¿Se siente totalmente incapaz de desarrollar actividades en su vida diaria debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
20	¿Siente que su vida, en general, es menos satisfactoria debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
21	Conteste la siguiente pregunta así: 1=Alto, 2= Mediano, 3= Bajo, 4= Muy bajo. ¿A qué nivel siente que la prótesis cumple sus expectativas estéticas?	___	___	___	___

**TABLA 4.** Encuesta de Percepción

### **6.5.3 Recolección y Análisis de la Información.**

En primera instancia se realizó la revisión bibliográfica, que permitió la elaboración de la propuesta de trabajo y en la cual se definió la población objeto de estudio, posteriormente se redactaron las solicitudes al consejo de Programa de Odontología de la Universidad del Magdalena con el fin de recibir el aval para la realización del proyecto. Se procedió a la definición de la muestra, entre los pacientes adultos que asisten a La Clínica Odontológica De La Universidad Del Magdalena teniendo en cuenta los criterios de exclusión e inclusión establecidos en la metodología, previo firma del consentimiento informado; con la previa autorización del coordinador académico de la Clínica Odontológica de la Universidad Del Magdalena.

### **6.5.4 Ético legal:**

La atención odontológica en la Clínica prestadora de servicios de la Universidad del Magdalena, se regula mediante la Resolución 412 del 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Al igual que la Resolución 0425 del 2008, en la que se establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud.

En cuanto al manejo ético legal de la investigación se fundamenta bajo los parámetros dispuestos en la Resolución 8430 de 1993 expedida por el ministerio de salud de la República de Colombia, mediante la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Según esta Resolución el presente estudio se encuentra clasificado en la categoría de investigación con riesgo mínimo, porque emplea los registros obtenidos luego de la realización de procedimientos comunes por parte de especialistas de la odontología, como es el análisis clínico de hallazgos intraorales en pacientes pediátricos. Además la información fue obtenida de la revisión minuciosa de la historia clínica de los pacientes, la cual consideró el manejo ético de la información allí contenida.



En cuanto al Eje de formación en investigación la Universidad del Magdalena se rige por el Acuerdo Académico N° 016 de 2007 que reglamenta la implementación de dicho Eje y por el Acuerdo 032 de 2010, que modifica el Acuerdo 016 en cuanto a la implementación de Eje en los programas de Pregrado. En los acuerdos se exponen las competencias investigativas que debe desarrollar el estudiante durante el desarrollo de los cueros obligatorios y los optativos además regulan la opción de requisito de grado del nivel de formación. Véase Anexos 1 y 2.

#### **6.5.5 Ubicación geográfica:**

La Universidad del Magdalena se encuentra ubicada en Carrera 32 No. 22–08 San Pedro Alejandrino de la ciudad de, Santa Marta, D.T.C.H., capital del Departamento del Magdalena. Por ser la única Institución del orden Departamental, de carácter oficial que ofrece formación de pregrado en el campo de la ciencias de las salud, entre los que se encuentra el programa de odontología que se proyecta como uno de los mejores de la región caribe por la sólida formación académica que se traduce en la promoción de la salud bucal y en una práctica odontológica pertinente que responde a las necesidades de la familia y la comunidad en el distrito y la región.

Actualmente la Universidad del Magdalena cuenta con dos Clínicas Odontológicas que suman 37 unidades completamente dotadas disponibles para dicha labor, y una unidad destinada para el servicio de consulta prioritaria. En su infraestructura y recursos físicos, la Clínica Odontológica cuenta con dos salas de rayos X, dos centrales de esterilización y espacios de trabajo que brindan comodidad y privacidad al paciente.

## 7. INSTRUMENTALIZACIÓN

Cuando se realiza un estudio de cualquier naturaleza la primera dimensión de análisis que generalmente se incluye es la de características sociodemográficas. Y esto por una razón lógica: entender cualquier actividad humana, sea social, laboral o educativa exige partir de un buen diagnóstico que identifique los principales rasgos demográficos y sociales los cuales incluyen para éste estudio género y edad; esto además de servir para caracterizar a los pacientes, brinda las claves para entender cómo es su percepción de estilo de vida según el decenio en el cual se encuentra y sus requerimientos estéticos para cada sexo.

Con el objetivo de concebir los resultados bajo los mismos criterios de evaluación, las preguntas 1 hasta la 20, cuyas opciones de respuesta son: Nunca, A Veces, A Menudo y Siempre serán interpretados de la misma manera que se utilizó para responder la pregunta 21, es decir: Alto, Mediano, Bajo y Muy Bajo siendo éstas expresiones en el nivel de la calidad de vida; dicha traspolación se logró a través de rangos los cuales fueron establecidos a partir del puntaje arrojado como sumatoria a los valores asignados cada opción de respuesta de las preguntas de la 1 a la 20 donde el puntaje mínimo fue 20 y el máximo 42:

- 20-23= nivel de la calidad de vida ALTO
- 24-26= nivel de la calidad de vida MEDIANO
- 27-34= nivel de la calidad de vida BAJO
- 35-42= nivel de la calidad de vida MUY BAJO

La interpretación de las preguntas 1 hasta la 20 serán llamadas RELEVANTES CLÍNICAS y la interpretación de la pregunta 21 se llamará RELEVANTE ESTÉTICA.

La Edad se estableció como variable continua y para la conformación de cada grupo-edad se utilizó la regla de Sturjel, la cual se expresa así:

$$c = 1 + \text{Log de } n$$

Donde  $n$  corresponde al número de la muestra; entonces:

$$c = 1 + (\text{Log de } 72)$$

$$c = 9$$

Teniendo en cuenta lo anterior se establecieron los siguientes grupos de edades:

- 18 a 27
- 27 a 36



- 36 a 45
- 45 a 54
- 54 a 63

- 63 a 72
- 72 a 81
- 81 a 90

Para realizar una mejor descripción de las relevantes funcionales con las que debe cumplir toda prótesis dental, se seleccionaron y agruparon preguntas de la encuesta aplicada por grado de afinidad con cada requerimiento (alimentación, fonación y comunicación) y existencia de hábitos e identificar nivel de satisfacción con respecto a la adaptación en general del aditamento como lo son la presencia de dolor y apariencia. Sus opciones de respuesta (Nunca, A Veces, A Menudo y Siempre) fueron promediadas con el ánimo de obtener una sola contestación que encapsule la frecuencia en la que los pacientes encuestados perciben la efectividad de la prótesis al momento de cumplir con cada función.

## 8. RESULTADOS

El estudio se realizó en la clínica odontológica de la Universidad del Magdalena donde se estudiaron 72 usuarios (de los cuales 28 pacientes son hombres y 44 son mujeres) que asistieron a tratamiento de Rehabilitación Oral en la Clínica Integral del Adulto y Clínica Pura II de Rehabilitación Oral. El diligenciamiento de la base de datos se realizó en el mes de Noviembre del año 2014 y con la debida autorización de las directivas del programa de Odontología de la Universidad Del Magdalena.

### 8.1 Características Sociodemográficas

#### 8.1.1 Relevancia Clínica en: Nivel de Satisfacción según el Género:

El género femenino predominó en un 61% (44) con un nivel de satisfacción Alto equivalente al 18,1% (13); en el nivel Medio con un 19,4%(14); y en Bajo 16,7% (12). El género masculino alcanzó un nivel Medio con un 15,3%(11); nivel Bajo con un 8,3% (6); y en el nivel alto solo alcanzó 4,2%(10). Véase *Tabla 5; Anexo 15*.

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN VARIANTES CLINICAS SEGÚN EL GÉNERO							
			ALTO	MEDIO	BAJO	MUY BAJO	Total
GÉNERO	Masculino	Conteo	10	11	6	1	28
		% Total	13,9%	15,3%	8,3%	1,4%	38,9%
	Femenino	Conteo	13	14	12	5	44
		% Total	18,1%	19,4%	16,7%	6,9%	61,1%
Total		Conteo	23	25	18	6	72
		% Total	31,9%	34,7%	25,0%	8,3%	100,0%

**Tabla 5.** Nivel de satisfacción de Variantes Clínicas según el Género

#### 8.1.2 Relevancia Clínica en: Nivel de Satisfacción según la Edad:

El grupo-edad que mayor satisfacción refiere posterior a la realización de un tratamiento de rehabilitación oral (prótesis dental) es el de 45-54 años con un 9,7% (7) en el nivel Alto, el cual se repite en los niveles Medio y Bajo. Por otra parte el mayor grado de insatisfacción, es decir el nivel Muy Bajo se registró en el grupo-edad de 54-63 con un porcentaje de 4,2% (3). En términos generales el nivel Medio es el más concurrido con el 34,7% (25), seguido del nivel Alto que está

representado por el 31,9% (23); por su parte el nivel bajo equivale al 25% (18). Véase *Tabla 6; Anexo 16*.

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN VARIANTES CLÍNICAS SEGÚN EDAD							
			ALTO	MEDIO	BAJO	MUY BAJO	Total
GRUPO DE EDAD	18 a 27	Conteo	3	1	0	0	4
		% Total	4,2%	1,4%	0%	0%	5,6%
	27 a 36	Conteo	1	2	2	1	6
		% Total	1,4%	2,8%	2,8%	1,4%	8,3%
	36 a 45	Conteo	4	4	3	0	11
		% Total	5,6%	5,6%	4,2%	0%	15,3%
	45 a 54	Conteo	7	7	7	1	22
		% Total	9,7%	9,7%	9,7%	1,4%	30,6%
	54 a 63	Conteo	3	5	4	3	15
		% Total	4,2%	6,9%	5,6%	4,2%	20,8%
	63 a 72	Conteo	2	1	1	1	5
		% Total	2,8%	1,4%	1,4%	1,4%	6,9%
	72 a 81	Conteo	0	4	1	0	5
		% Total	0%	5,6%	1,4%	0%	6,9%
	81 a 90	Conteo	3	1	0	0	4
		% Total	4,2%	1,4%	0%	0%	5,6%
Total		Conteo	23	25	18	6	72
		% Total	31,9%	34,7%	25,0%	8,3%	100,0%

**Tabla 6.** Nivel de satisfacción de Variantes Clínicas según la Edad

### 8.1.3 Relevancia Estética en: Nivel de Satisfacción según el Género:

El género femenino predominó en un 61% (44) con un nivel de satisfacción Alto equivalente al 40,3% (29); en el nivel Medio con un 18,1%(13); y en nivel Bajo 2,8% (2). El género masculino alcanzó un nivel Alto con un 22,2% (16); nivel Medio con un 15,3% (11); y en el nivel Muy Bajo alcanzó 1,4% (1). Véase *Tabla 7 Anexo 17*.

¿A QUÉ NIVEL SIENTE QUE LA PRÓTESIS CUMPLE SUS EXPECTATIVAS ESTÉTICAS?							
			ALTO	MEDIO	BAJO	MUY BAJO	Total
SEXO	Masculino	Conteo	16	11	0	1	28
		% Total	22,2%	15,3%	0%	1,4%	38,9%
	Femenino	Conteo	29	13	2	0	44
		% Total	65,9%	29,5%	4,5%	0%	100,0%

	% Total	40,3%	18,1%	2,8%	0%	61,1%
<b>Total</b>	Conteo	45	24	2	1	72
	% Total	62,5%	33,3%	2,8%	1,4%	100,0%

**Tabla 7.** Nivel de Satisfacción de Variante Estética según el Género

#### 8.1.4 Relevancia Estética en: Nivel de Satisfacción según Edad:

El grupo de edad que mayor satisfacción refiere posterior a la realización de un tratamiento de rehabilitación oral (prótesis dental) desde el punto de vista estético es el de 45-54 años con un 22,2% (16) en el nivel Alto; además el grupo-edad que menor satisfacción estética presenta es el de 54 a 63 años con un porcentaje de 1,4%. (1)En conjunto 62,5%(45) de la muestra califica en Alto nivel de experiencia, mientras que en un nivel Medio se ubica al 33,3% (24), por otra parte solo el 2,8% (2) de los usuarios la califican en el nivel Bajo y en el nivel Muy Bajo se registró al 1,4% (1). Véase *Tabla 8, Anexo 18*.

¿A QUÉ NIVEL SIENTE QUE LA PRÓTESIS CUMPLE SUS EXPECTATIVAS ESTÉTICAS?							
			ALTO	MEDIO	BAJO	MUY BAJO	Total
GRUPO DE EDAD	18 a 27	Conteo	4	0	0	0	4
		% Total	5,6%	0%	0%	0%	5,6%
	27 a 36	Conteo	3	2	1	0	6
		% Total	4,2%	2,8%	1,4%	0%	8,3%
	36 a 45	Conteo	7	4	0	0	11
		% Total	9,7%	5,6%	0%	0%	15,3%
	45 a 54	Conteo	16	6	0	0	22
		% Total	22,2%	8,3%	0%	0%	30,6%
	54 a 63	Conteo	7	6	1	1	15
		% Total	9,7%	8,3%	1,4%	1,4%	20,8%
	63 a 72	Conteo	3	2	0	0	5
		% Total	4,2%	2,8%	0%	0%	6,9%
	72 a 81	Conteo	1	4	0	0	5
		% Total	1,4%	5,6%	0%	0%	6,9%
	81 a 90	Conteo	4	0	0	0	4
		% Total	5,6%	0%	0%	0%	5,6%
Total	Conteo	45	24	2	1	72	
	%Total	62,5%	33,3%	2,8%	1,4%	100,0%	

**Tabla 8.** Interpretación de Variante Estética en Edad

## 8.2 Requerimientos Funcionales

Como es sabido una prótesis dental, de la índole que sea, como objetivo principal debe permitirle a su portador realizar las funciones propias de los dientes naturales con el mayor grado de semejanza posible siendo éstos: alimentación, fonación y comunicación; además de no dar lugar a la generación de hábitos parafuncionales por parte de su usuario.

### 8.2.1 Función Alimentación:

Las preguntas de la encuesta aplicada que evaluaron el desempeño de la prótesis al momento de ingerir (masticar y deglutir) los alimentos y su porcentaje de respuesta individualmente son los siguientes:

No.	PREGUNTA	OPCIÓN DE RESPUESTA	No DE USUARIOS	VALOR EN PORCENTAJE
1	¿Tiene incomodidad al comer algunos alimentos debido a su prótesis dental?	Nunca	46	63,9%
		A Veces	16	22,2%
		A Menudo	7	9,7%
		Siempre	3	4,2%
2	¿Siente que le quedan alimentos en la prótesis dental después de comer?	Nunca	42	58,3%
		A Veces	17	23,6%
		A Menudo	4	5,6%
		Siempre	9	12,5%
3	¿Interrumpe sus comidas debido a su prótesis dental?	Nunca	53	73,6%
		A Veces	15	20,8%
		A Menudo	4	5,6%
		Siempre	0	,0%
4	¿Su alimentación es satisfactoria debido su prótesis dental?	Nunca	14	19,4%
		A Veces	14	19,4%
		A Menudo	10	13,9%
		Siempre	34	47,2%
5	¿Siente que su percepción del gusto ha empeorado debido a su prótesis?	Nunca	68	94,4%
		A Veces	1	1,4%
		A Menudo	2	2,8%
		Siempre	1	1,4%

**Tabla 9.** Preguntas que evalúan la Función Alimentación

La efectividad en función del alimentación arrojó que el 61,9% (44) afirma que Nunca ha presentado inconvenientes al momento de alimentarse debido a su prótesis dental en general; el 17,8% (12) respondió que A Veces presentan molestia y/o incomodidad al momento de comer dada por el uso de la prótesis

dental; por otra parte solo el 7,5% (5) afirman que A Menudo se les dificulta alimentarse utilizando la prótesis dental y finalmente el 13% (9) Siempre presenta disgustos cuando procede a masticar y deglutir con la prótesis dental en boca. Véase *Tabla 10, Anexo 19*.

OPCIÓN DE RESPUESTA	No PROMEDIO DE USUARIOS	VALOR EN PORCENTAJE
Nunca	44,6	61,92%
A Veces	12,6	17,8%
A Menudo	5,4	7,52%
Siempre	9,4	13,06%
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100,3%</b>

**Tabla 10** Porcentaje general de frecuencia de efectividad en Función Alimentación

### 8.2.2 Función Fonación:

En el estudio de éste requerimiento se encontró que 85% (61) afirma que Nunca ha tenido anomalías para pronunciar algunas palabras debido a su prótesis dental; el 14% (10) respondió que A Veces presentan incomodidad para hablar con la prótesis colocada, mientras que el 1,4% (1) manifiesta dicha incomodidad A. Véase *Tabla 11, Anexo 20*.

No.	PREGUNTA	OPCIÓN DE RESPUESTA	No DE USUARIOS	VALOR EN PORCENTAJE
11	¿Tiene incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a su prótesis dental?	Nunca	61	84,7%
		A Veces	10	13,9%
		A Menudo	1	1,4%
		Siempre	0	0%
		<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

**Tabla 11.** Porcentaje general de frecuencia de efectividad en Función Fonación

### 8.2.3 Función Comunicación:

Las preguntas de la encuesta aplicada que evaluaron el desempeño de la prótesis al momento de que el paciente se comunique e interactúe con las demás personas y su porcentaje son las siguientes:

No.	PREGUNTA	OPCIÓN DE RESPUESTA	No DE USUARIOS	VALOR EN PORCENTAJE
14	¿Se siente nervioso debido a su prótesis dental?	Nunca	67	93,1%
		A Veces	3	4,2%
		A Menudo	1	1,4%
		Siempre	1	1,4%
15	¿Encuentra dificultad para relajarse debido a su prótesis dental?	Nunca	65	90,3%
		A Veces	4	5,6%
		A Menudo	2	2,8%
		Siempre	1	1,4%
16	¿Se siente perturbado frente a otras personas debido a su prótesis dental?	Nunca	70	97,2%
		A Veces	2	2,8%
		A Menudo	0	0%
		Siempre	0	0%
17	¿Se siente irritable con otras personas debido a su prótesis dental?	Nunca	72	100%
		A veces	0	0%
		A Menudo	0	0%
		Siempre	0	0%
18	¿Tiene dificultad al hacer sus trabajos habituales debido a su prótesis dental?	Nunca	72	100,0%
		A Veces	0	0%
		A Menudo	0	0%
		Siempre	0	0%
19	¿Se siente totalmente incapaz de desarrollar actividades en su vida diaria debido a su prótesis dental?	Nunca	71	98,6%
		A Veces	1	1,4%
		A Menudo	0	0%
		Siempre	0	0%
20	¿Siente que su vida, en general, es menos satisfactoria debido a su prótesis dental?	Nunca	71	98,6%
		A Veces	0	0%
		A Menudo	1	1,4%
		Siempre	0	0%

**Tabla 12.** Preguntas que evalúan la Función Comunicación

La medición de bienestar en la comunicación mostró que el 97% (70) afirma que Nunca ha presentado dificultad para comunicarse causada por el uso de la prótesis dental en general; solo el 2% (1,4) respondió que A Veces siente incomodidad para interactuar con las personas de su entorno; por otra parte solo el 0,8% (0,5) afirma que A Menudo se sienten en desventaja para comunicarse cuando utilizan la prótesis. Véase *Tabla 13, Anexo 21*.

OPCIÓN DE RESPUESTA	No PROMEDIO DE USUARIOS	VALOR EN PORCENTAJE
Nunca	70	97%
A Veces	1,4	2%
A Menudo	0,5	0,8%
Siempre	0,2	0,4%
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

**Tabla 13.** Porcentaje general de frecuencia de efectividad en Función Comunicación

#### 8.2.4 Descripción en general de los Requerimientos Funcionales

Teniendo en cuenta los descubrimientos hechos en las funciones Alimentación, Fonación y Comunicación de manera individual, tales resultados se concentraron en una misma unidad que abarca la percepción de los pacientes estudiados con respecto al desempeño de su prótesis dental. En términos generales, el 81,2% (58,3) asegura que nunca ha presentado inconvenientes para comer, hablar o comunicarse causados por el uso de su prótesis dental siendo éste el valor más grande y representativo en el porcentaje general de frecuencia de efectividad de los requerimientos funcionales; por otra parte, el 11,2% (8) manifiesta que A Veces tiene dificultades para realizar las actividades propias de la cavidad oral con ayuda de la prótesis dental; en menor medida el 4,4% (3,2) refiere el cumplimiento de las funciones de su aparato estomatognático Siempre se ve obstaculizado atañendo tal hecho al uso de su prótesis dental. Véase *Tabla 14, Anexo 22*.

OPCIÓN DE RESPUESTA	No PROMEDIO DE USUARIOS	VALOR EN PORCENTAJE
Nunca	58,3	81,2%
A Veces	8	11,2%
A Menudo	2,3	3,2%
Siempre	3,2	4,4%
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

**Tabla 14.** Porcentaje general de frecuencia de efectividad de los Requerimientos Funcionales

#### 8.2.5 Existencia de Hábitos:

Se encontró que la generación de hábitos generados a partir del uso de la prótesis en la muestra estudiada es mínima ya que el 79% (57) negó utilizar la prótesis dental como base para la realización de actos o movimientos al margen de sus



funciones propias; una porción mucho más pequeña, equivalente al 12% (9) expresó que A Veces se ha encontrado efectuando variaciones en el uso de la aparatología protésica, solo el 7% (5) refirieron incurrir en éste hecho A Menudo. Véase *Tabla 15, Anexo 23*.

No.	PREGUNTA	OPCIÓN DE RESPUESTA	No DE USUARIOS	VALOR PORCENTUADO
10	¿Se ha descubierto realizando algún hábito de manera inconsciente con su prótesis dental?	Nunca	57	79,2%
		A Veces	9	12,5%
		A Menudo	5	6,9%
		Siempre	1	1,4%
		<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100,0%</b>

**Tabla 15.** Porcentaje general de frecuencia de efectividad en Presencia de Hábitos

### 8.3 Grado de Bienestar con respecto a su Adaptación

Los correctos diseño y adaptación de una prótesis dental con elementos claves para asegurar el uso exitoso de la misma; su adecuada elaboración promete que el cumplimiento de sus funciones sea el mejor y permite que el paciente pueda desenvolverse con comodidad en su entorno sin ocasionarle molestias. Tal afirmación fue la base para describir la percepción de los usuarios estudiados en relación a inconvenientes que pueden presentarse con el uso de aparatología protésica oral.

#### 8.3.1 Presencia de Dolor:

Se realizaron las siguientes preguntas confrontaron a los usuarios con respecto a la existencia o no de dolor debido al uso de su prótesis dental. Se muestran también sus respuestas.

No.	PREGUNTA	OPCIÓN DE RESPUESTA	No DE USUARIOS	VALOR EN PORCENTAJE
6	¿Tiene alguna incomodidad dolorosa en su boca?	Nunca	62	86,1%
		A Veces	6	8,3%
		A Menudo	2	2,8%
		Siempre	2	2,8%
7	¿Tiene dolores de cabeza debido a su prótesis dental?	Nunca	66	91,7%
		A Veces	5	6,9%
		A Menudo	1	1,4%
		Siempre	0	0%
8	¿Tiene dolores en la mandíbula debido a su	Nunca	68	94,4%
		A Veces	3	4,2%

9	prótesis dental?	A Menudo	1	1,4%
		Siempre	0	0%
	¿Tiene dolores en las encías debido a su prótesis dental?	Nunca	60	83,3%
		A veces	8	11,1%
		A Menudo	2	2,8%
		Siempre	2	2,8%

**Tabla 16.** Frecuencia de efectividad en presencia de Dolor

La evaluación del dolor mostró que el 89% (64) afirma que Nunca ha presentado ninguna dolencia cuando utiliza su prótesis dental; el 7,6% (5) respondió que A Veces la prótesis en uso les causa dolor; por otra parte solo el 2% (1) afirma que A Menudo el dolor está presente en simultaneidad con la prótesis oral. Véase *Tabla 17, Anexo 24*.

OPCIÓN DE RESPUESTA	No PROMEDIO DE USUARIOS	VALOR EN PORCENTAJE
Nunca	64	88,8%
A Veces	5,5	7,6%
A Menudo	1,5	2,1%
Siempre	1	1,4%
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

**Tabla 17.** Porcentaje general de frecuencia de efectividad en Presencia de Dolor

### 8.3.2 Apariencia:

Tal evaluación se utilizó a manera de complemento a la autopercepción estética de la prótesis dental, tomando como sostén las siguientes preguntas y sus respuestas:

No.	PREGUNTA	OPCIÓN DE RESPUESTA	No DE USUARIOS	VALOR PORCENTUADO
12	¿Siente que su prótesis dental no está confeccionada correctamente?	Nunca	45	62,5%
		A Veces	14	19,4%
		A Menudo	3	4,2%
		Siempre	10	13,9%
13	¿Siente que su prótesis dental no se ve natural?	Nunca	45	62,5%
		A Veces	19	26,4%
		A Menudo	0	0%
		Siempre	8	11,1%

**Tabla 18.** Frecuencia de efectividad en Apariencia

Un número de usuarios elevado, 62% (45), respondió que Nunca han pensado que su prótesis dental presenta defectos o se nota demasiado artificial; por otra parte, el 23% (16) refirió que A Veces tiene tales sentimientos con respecto a la

apariciencia de su aditamento oral; mientras que el 12% (9) dejó en manifiesto que siempre piensan que su prótesis no muestra la confección naturalidad necesarias para permitir una buena apariciencia. Véase *Tabla 19; Anexo 25*.

OPCIÓN DE RESPUESTA	No PROMEDIO DE USUARIOS	VALOR EN PORCENTAE
Nunca	45	62,5%
A Veces	16,5	22,9%
A Menudo	1,5	2,1%
Siempre	9	12,5%
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

**Tabla 19.** Porcentaje general de frecuencia de efectividad en Apariciencia

## 9. DISCUSIÓN

Es de nuestro interés determinar la relación de la salud oral con el nivel de percepción de la calidad de vida y como esta puede afectar al individuo independiente de su género o edad.

En la investigación realizada por Rosa Isabel Esquivel Hernández en el 2012 titulada “Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal”<sup>6</sup> por medio del GOHAI se encontró que 11.3% de los usuarios tuvo una percepción positiva de su salud bucal. Un mes después de colocadas las prótesis el 35.7% tuvo una percepción positiva de la salud bucal. Las funciones masticación y fonación y la preocupación por el estado de los dientes fueron las áreas que cambiaron positivamente entre las dos aplicaciones del instrumento<sup>3</sup>. Al comparar los resultados de este estudio con nuestra investigación se evidencia que ambos presentaron una percepción favorable posterior a la realización de un tratamiento de rehabilitación en los grupos de fonación, funcionalidad y masticación. Determinándose así que tener una buena salud oral mejora la autopercepción de las personas y esto a su vez mejora su calidad de vida.

Del estudio realizado Ester Ugalde Meza, con su investigación “Perfil de la Salud Oral (OHIP-14) en el 2014 en pacientes de la Clínica U Dental, con base en la incapacidad psicológica según el sexo” en general fueron más altos los resultados para el sexo femenino en las dimensiones de dolor y comunicación<sup>11</sup>. Así como se encontró una vez fue aplicado nuestro estudio.

Según el estudio realizado por De La Fuente-Hernández y cols en el 2010 “Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental” se identificó el efecto que tiene el estado de la salud bucal en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores<sup>8</sup>. Los resultados de dicho estudio coincidieron con el nuestro específicamente en los grupos de alimentación y fonación, es decir, que Nunca ha presentado inconvenientes al momento de alimentarse debido a su prótesis dental.

Investigaciones realizadas por Vanesa Esmeralda Duque-Duque y cols “Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS universitaria de Medellín y sus factores asociados” en 2013<sup>7</sup>, mostraron resultados similares al de nuestro proyecto en cuanto a los grupos de comunicación, alimentación y fonación; es decir, que la mayoría de los usuarios asegura que nunca ha presentado inconvenientes para comunicarse, comer o hablar causados por el uso de su prótesis dental.

Según el estudio realizado por De La Fuente-Hernández y cols en el 2010 “Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental”<sup>8</sup> el resultado en el grupo del dolor fue de 37,3%”, un

porcentaje bastante alto lo que indica la preocupación que existe en relación a los problemas de boca, dientes y desempeño que cumple la prótesis al momento de que el paciente se comunique e interactúe con las demás personas, en comparación con nuestra investigación que nos arrojó tan solo un valor de 0.8% algo significativamente bajo, es decir que nuestros usuarios se sintieron muy satisfechos con su salud bucal y su efecto positivo en la calidad de vida.

Investigaciones realizadas por Vanesa Esmeralda Duque-Duque y cols 2013. Presentaron resultados contradictorios frente al grupo de dolor físico, dado que tan solo el 55% de los encuestados por Vanesa esmeralda duque-duque y cols así lo refirieron, frente al 89% de los usuarios de nuestra investigación que afirman nunca haber presentado dolencia o malestar debido a su prótesis.<sup>7</sup>

En nuestra investigación se identificó que de las variables sociodemográficas el género femenino predominó en un 61% en cuanto a la satisfacción estética, en la variable clínica el valor fue medio demostrándose así que las mujeres se interesan más por el cuidado de su salud oral que los hombres, mientras que la investigación realizada por Vanesa Esmeralda Duque-Duque y cols en 2013 “Calidad De Vida Relacionada Con La Salud Bucal En Adultos Mayores Que Consultan A La Ips Universitaria De Medellín Y Sus Factores Asociados” muestra resultados contradictorios ya que el género femenino en este estudio presentó muy bajos indicadores de prevalencia.<sup>7</sup>

El estudio que realizó Josefina Aubert y cols 2014: “Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral en Mayores de 14 Años en la Comunidad San Juan Bautista, Isla Robinson Crusoe, Chile”<sup>12</sup> En la dimensión Presencia de Dolor se observó diferencia estadísticamente significativa, pues la opción que mayor porcentaje de respuesta tuvo fue A Veces con un 75.91% ya que los individuos perciben incomodidad por dolor en su boca o al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis<sup>8</sup>, a diferencia de nuestra investigación que arrojó un porcentaje del 8,3%. De igual manera, la dimensión de Comunicación del estudio antes mencionado presentó un alto valor en la opción de Siempre con un 62,77%<sup>8</sup> en comparación con nuestro estudio donde el 97% de los encuestados afirmaron que nunca han presentado dificultad para comunicarse a causa del uso prótesis dental.

El estudio realizado por Olga Taboada Aranza y cols 2014: “Autopercepción de caries y enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo” Se encontró que la puntuación obtenida en el índice GOHAI de la autopercepción de los problemas de salud bucal, muestra una mala percepción en lo físico, en lo psicosocial, así como la presencia de malestar o dolor y una salud bucodental deficiente. En los índices de salud bucodental y necesidades de atención se observó que los adultos mayores con una mala higiene bucal tienen tres veces más mala percepción de su salud bucal<sup>4</sup>. Al igual que en el estudio de Adriana Gallardo Schultz y cols.: “Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana” Se evidenció que la mayoría de la

muestra presentó una “mala” autopercepción en su salud oral<sup>5</sup>. Por el contrario en nuestra investigación se demostró que a los pacientes portadores de prótesis en el ámbito de la evaluación del dolor, el psicosocial o comunicación y físico o funcional nos arrojó unos porcentajes muy altos, es decir estos no presentaban malestar alguno, se sentían cómodos en sus entornos y finalmente la prótesis para estos pacientes le devolvió la funcionalidad masticatoria; demostrándose así que la salud bucodental si tiene una gran influencia en su calidad de vida.

## 10. CONCLUSION

La calidad de vida y la salud oral son factores trascendentales hoy en día, debido al impacto que tienen ante la sociedad, siendo el acople de múltiples componentes que conllevan entre sí a la salud física y mental de las personas; si éstas se encuentran alteradas repercutirá en el bienestar físico y emocional del individuo. Realizar éste estudio para describir la autopercepción generada en la salud bucal de los usuarios entre los 18 a 90 años de la clínica odontológica después de recibir tratamiento De Rehabilitación Oral Universidad Del Magdalena 2013-II nos permitió verificar como se encuentra la salud bucal, autopercepción de la estética y funcionalidad oral y su influencia en la calidad de vida de cada paciente, fundamentales para lograr su completo bienestar permitiéndoles así desarrollarse en comunidad y sentirse incluidos en la misma.

Por otra parte, también ayudó a valorar la pertinencia y aplicaciones de los diferentes instrumentos utilizados para medir, e interpretar resultados que son particulares pero no aislados para cada variable que se deseó. Tomando en cuenta los resultados del estudio y en virtud de los objetivos específicos planteados, se presentan las siguientes conclusiones.

- La población femenina entre los 45 a 54 años mostró los mayores niveles de satisfacción con su prótesis dental tanto en el parámetro clínico como en el estético, hecho tal vez atribuible a que las mujeres tipificaron más del 60% de la muestra. Se evidencia de esta manera cómo influye satisfactoriamente el uso de la prótesis en la calidad de vida de los usuarios, al momento de la interacción con su entorno una vez finalizado del tratamiento.
- Al final del tratamiento, dos terceras partes de los pacientes encuestados niegan la presencia de hábitos destructivos con su aditamento y que se produjo una mejora muy marcada en la dimensiones alimentación, fonación y comunicación, lo cual les genera confianza y plenitud constantes.
- Una cantidad de usuarios muy superior a la mitad se encuentran utilizando una prótesis dental bien confeccionado y adaptado, hecho que se ratifica en la casi inexistencia de dolor y que además se refleja estéticamente con prótesis de aspecto muy natural en cuanto al estado visual de las mismas.
- En términos generales, la calidad de vida desde el punto de vista oral fue percibida como positiva según los datos clínicos bucodentales obtenidos mediante la aplicación del instrumento de medición utilizado, indicando de esta forma un alto nivel de satisfacción con el tratamiento bucal realizado en la mayoría de la población.

## **11.RECOMENDACIONES**

Con el ánimo generar una futura retroalimentación acerca de cómo la autopercepción generada por un paciente luego de realizarse tratamientos de rehabilitación oral influye en su calidad de vida, es importante continuar con ésta línea de investigación teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Discriminar el tipo de plan de tratamiento elegido para cada paciente (Prótesis Fija, Prótesis Parcial Removable y/o Prótesis Total) en el momento de encuestarlos para anexarlo en los resultados y su interpretación.
- Incluir las características sociodemográficas de estrato socioeconómico y nivel educativo para así describir con mayor detalle cuan alto o bajo es el nivel de autopercepción que tiene el usuario.



## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Manns, A. Sistema Estomatognático. Editorial Universidad de Chile. 1988. Págs. 5-6
2. Preti, G. Rehabilitación Protésica tomo 1. Editorial AMLOCA. Colombia 2007. Pág. 41.
3. Dayamí Martínez Espinosa, Yaquelin Juliana Morales Pérez. La Odontología estética como arte. Acta Médica del Centro-Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" de Villa Clara. Volúmen 8. No 4. 2014.
4. Olga Taboada Aranza, Ximena Cortés Coronel. Autopercepción de caries y enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo.<sup>1</sup>Revista ADM 2014; 71 (6): 273-274.
5. Adriana Gallardo Schultz, Miguel Ángel Picasso Pozo, Nancy Huilca Castillo Juan Carlos Ávalos Marquez. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. 10 (2): 145-50 Octubre 2014.
6. Rosa Isabel Esquivel Hernández, Mtra. Juana Jiménez Férez. Efecto De La Utilización De Prótesis Dentales En La Percepción De Salud Bucal. Revistaadm/Marzo-Abril 2012/Vol. Lxix No. 2. P.P. 69-75.
7. Vanesa Esmeralda Duque Duque, Juliana Tamayo Castrillón, Paula Andrea Echeverri Cadavid, Alejandra Yulieth Gutiérrez Osorio, Daniela Sepúlveda Correa, Odila Giraldo Ramírez, Andrés Agudelo Suárez. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. Revista CES Odontología. Volumen 26 No. 1. 2013.
8. De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ Odontol. 2010 Jul-Dic; 29(63): P 83-92.
9. Zalba J, Rossi-Fedele G, Albaladejo A, Montero J. Influencia del patrón de visitas al dentista, punto clave en el modelo de mínima intervención (MITP), en el estado dental y la salud oral relacionada con la calidad de vida. Journal of Minimum Intervention in Dentistry 2013; 6 P: 55 -61.
10. Flávia Cohen-Carneiro, Maria Augusta Bessa Rebelo, Reinaldo Souza-Santos, Gláucia Maria Bovi Ambrosano, Alessandra Valle Salino. Danielson Guedes Pontes. Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1122-1130. Jun, 2010.

11. Ester Ugalde Meza, Perfil de la Salud Oral (OHIP-14) en pacientes de la Clínica U Dental, con base en la incapacidad psicológica según el sexo. Revista electrónica de la Facultad de Odontología, ULACIT – Costa Rica, Vol. 7, No.2, 2014.
12. Josefina Aubert; Sergio Sanchez; Rene Castro; Maria Jose Monsalves; Paulina Castillo & Patricia Moya. Calidad de vida relacionada con salud oral en mayores de 14 años en la comunidad san juan bautista, isla robinson crusoe, Chile. Int. J. Odontostomat. 8(1):141-145, 2014.
13. Gisele Rodrigues Da Silvamaria Guimaraes Roscoe, Cristianne Pacheco Ribeiro Adérito Soares Da Mota, Luís Roberto Marcondes Martins, Carlos José Soares, impact of Rehabilitation with Metal-Ceramic Restorations on Oral Health-Related Quality of Life. Braz Dent J (2012) 23 (4): 403-40.
14. Javier Montero, Joaquín-Francisco López, María-Purificación Vicente, María-Purificación Galindo, Alberto Albaladejo, Manuel Bravo. Comparative validity of the OIDP and OHIP-14 in describing the impact of oral health on quality of life in a cross-sectional study performed in Spanish adults. Journal section: Community and Preventive Dentistry, Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Sep 1; 16 (6):e816-821.
15. Kuoppala R, Närpänkangas R, Quality of Life-Supported Mandibular Overdentures Evaluated with the Oral Health Impact Profile (OHIP-14): a Survey of 58 patients. Journal Of Oral & Maxillofacial Research Res 2013 (Apr-Jun) | vol. 4 | No 2 | e4 | p.1.
16. Camila Mello dos Santos, Branca Heloisa de Oliveira, Paulo Nadanovsky, Juliana Balbinot Hilgert, Roger Keller Celeste, Fernando Neves Hugo. The Oral Health Impact Profile-14: a unidimensional scale?. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(4):749-757, abr, 2013.
17. Nada El Osta, Stephanie Tubert-Jeannin, Martine Hennequin, Nada Bou Abboud Naaman, Lana El Osta and Negib Geahchan Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. Health and Quality of Life Outcomes 2012 10:131.
18. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1.946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1.948. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
19. OMS. Glosario de Promoción de la Salud. Traducción del Ministerio de Sanidad. Madrid. 1999. <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.
20. World Health Organization. Quality of life Assessment. An annotated bibliography. Geneva: WHO (MNH/PSF/94.1), 1994.
21. Van Dam FS, Somers R, van Beek-Couzijn AL. Quality of life: some theoretical issues. J Clin Pharmacol 1981; 21(8-9 Suppl):166S-8S.
22. Jette AM (1980). Functional capacity evaluation: an empirical approach. Arch Phys Med Rehab; 61:85-9.
23. Ware JE Jr. (1991). Measuring functioning, well-being, and other generic health concepts. In: Osoba D, ed. Effect of Cancer on quality of Life. Boca Ratón, Fla: CRC Press Inc; chap 2

24. Christopher Montes-Cruz, Teresa Juárez-Cedillo, Ángel Cárdenas-Bahena, Claudia Rabay-Gánem, Erika Heredia-Ponce, Carmen García-Peña, Sergio Sánchez-García. Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) en una población de adultos mayores de la Ciudad de México. *Revista Odontológica Mexicana*. Vol. 18, Núm. 2 Abril-Junio 2014. Pags 111-119.
25. Ibid., p. 215.
26. Ibid., p. 29.
27. Clara Misrachi, Milena Ponce, Héctor Sepúlveda. Influencia de la rehabilitación oral en la calidad de vida del adulto mayor. *Revista dental de Chile*. 2005; 96 (2): 28-35.
28. Campbell A (1981). *The sense of wellbeing in America, Recent Patterns and Trends*. New York, NY: Mac Graw Hill.
29. Veit CT, Ware JE Jr. (1983). The structure of psychological distress and wellbeing in general populations. *J. Consult. Clin. psychol.* 51: 730-42
30. Gift HC, Redford M (1992). Oral health and the quality of life. *Clin Geriatr Med*. 8: 673-83.
31. Slade GD. Ed. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina. 1997.
32. *World Population Ageing 1950-2050*. United Nations. 1995.
33. Kiyak HA (1993). Psychological and social factors in the dental care of the elderly. *Int Dent J* 33: 281-91.
34. Slade GD, Strauss RP, Atchison KA, Kressin NR, Locker D, Reissine ST (1998). Conference summary: assessing oral health outcome-measuring health status and quality of life. *Community Dent Health* 15:3-7.
35. Kressin N, Spiro A 3ed, Bosse R, Garcia R, Kazis L (1996). Assessing on oral health related quality of life: findings from the normative aging study. *Med Care* 34(5): 416-27.
36. Cushing AM, Sheiham A, Maizels J (1986). Developing sociodental indicators – the social impact of dental disease. *Community Dent Health*. 3: 3-17.
37. Atchison KA, Dolan TA (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. 4: 680-7.
38. Strauss RP (1997). *Dental Impact Profile*. En: Slade GD (Editor). *Measuring the Oral Health and Quality of Life*. North Carolina: University of North Carolina
39. Slade GD, Spencer AJ (1994). Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health*. 11: 3-11.
40. Locker D, Miller Y (1994). Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Public Health Dent* 1994: 167-76.
41. Leao A, Sheiham A (1996). The development of a socio-dental measure of Dental Impact on Daily Living *Community Dent Health* 13: 22-6.
42. Adulyanont S, Sheiham A (1997). Oral Impacts on Daily Performances. En: *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Edited por: Slade G. Chapel Hill: University of North Carolina: Dental Ecology. Slade GD. (1997) Derivation

- and validation of a short form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 25: 284-90.
43. McGrath C, Bedi R, Gilthorpe MS (2000). Oral health-related quality of life-views of the public in the United Kingdom. *Community Dent Health* 17: 3-7.
  44. Cunningham SJ, Garrat AM, Hunt NP (2000). Development of a condition specific quality of lifemeasure for patients with dentofacial deformity: reliability of the instrument. *Community Dent Oral Epidemiol.* 28: 195-201.
  45. Dolan TA (1993). Identification of appropriate outcomes in an aging population. *Special Care Dent.* 13 (1):35.
  46. Wolinsky FD, Wolinsky SR. Background attitudinal and behavioral patterns of individuals occupying eight discrete health states. *Sociol Health Illness* 1981; 3:31-48.
  47. Cushing A. The development of socio-dental indicators of oral health status and needs. [Ph.D. Thesis] London: The London Hospital Medical College, 1986.
  48. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults: Influences on the quality of life. *JADA* 1993 Jan, 124: 105-110.
  49. JH Hunt RJ, Slade GD, Strauss RP. Racial Variations in the Impact of Oral Disorders in Older Adults. *JDR* 1993 (special issue), 72: Abstract #1295: 265. Gift HC, Redford M (1992). Oral health and the quality of life. *Clin Geriatr Med.* 8: 673-83.
  50. Goldberg D, Hillier P (1979). A scaled version of The General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 9, 139-45.
  51. Slade GD, Spencer AJ (1994). Development and evaluation of the oral health impact profile *Community Dent Health.* 11: 3-11.
  52. Folstein MF, Folstein S, McHugh PR (1975). Mini-Mental State: A practical Method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12:189.
  53. Novella JL, Jochum C, Ankri J, Morrone I, Jolly D, Blanchard F (2001). Measuring general health status in dementia: practical and methodological issues in using the SF-36. *Aging (Milano)* Oct; 13(5):362-9.
  54. Jokovic A, Allison P, Locker D, Slade GD. A cross-cultural comparison of oral health values. *J Dent Res* 1997; 76(IADR Abstracts):207. Abstract 1546.
  55. Locker D. measuring oral health status: A conceptual framework. *Community Dental Health* 1988; 5: 3-18.
  56. Locker D. The burden of oral disorders in a population of older adults. *Community Dental Health* 1992; 9: 109-124.
  57. Locker D, Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. *Journal of Public Health Dentistry* 1994; 54: 167-176.
  58. Leao A, Sheiham A. The Development of a socio-dental Measure of Dental Impacts on.
  59. Daily Living. *Community Dent Health* 1996, 13: 22-26. Stewart AL, Ware JE Jr. Measuring functioning and well-being: the Medical Outcomes Study approach. Durham, NC: Duke University Press 1992.

60. Streiner DL, Norman GR. Selecting the Items. In: Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use. New York: Oxford University Press, 1991.
61. Df Stewart AL, Ware JE Jr. Measuring functioning and well-being: the Medical Outcomes Study approach. Durham, NC: Duke University Press 1992.
62. Nutrition Screening Manual for Professionals Caring for Older Americans: Washington, DC: Nutrition Screening Initiative 1991.
63. Jelena Eric, Ivica Stancic, Ljiljana Tihacek Sojic, Aleksandra Jelenkovic Popovac, Georgios Tsakos; Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) scale in the elderly population of Bosnia and Herzegovina; 2010, Nov 11/j.1741-2358.
64. Gilson BS, Gilson JS, Bergner M, Bobbitt RA, Kressel S, Pollard WE, *et. Al.* The sickness impact profile. Development of an outcome measure of health care. Am. J. Public Health 1975; 65, 1304–1310.
65. Gerin P, Dazord A, Boissel J., Chifflet R. Quality of live assessment in therapeutic trials: Rationale for and presentation of a more appropriate instrument. Fundam Clin Pharmacol 1992; 6, 263–276.
66. Frisch MB. QOLI™: Quality of Life Inventory. Minneapolis (MN): NCS, 1994.
67. Grant G, Salcedo V, Hynan LS, Frisch MB, Puster K. Effectiveness of Quality of Life Therapy. Psychological Reports 1995; 76, 1203–1208.
68. Bortoluzzi MC, Manfro R, Soares IC, Presta AA. Cross-cultural adaptation of the orthognathic quality of life questionnaire (OQLQ) in a Brazi-lian sample of patients with dentofacial deformities. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Aug 1; 16 (5):e694-9.
69. Manual de prótesis total. Universidad Nacional de Colombia. 1998. Pág. 49-50
70. Shillingburg, H. Fundamentos esenciales en prótesis fija volumen 1, tercera edición. Editorial Quentessence S. L. España. 2006. Pág. 8, 433, 455, 456.
71. Fernández, D. Montalva, H. Diseño de prótesis parcial removible. Editorial Ripano. España. 2006. Págs. 11-89
72. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernadez Collado, Pilar Baptista Lucio. Metodología De La Investigación 5ta Edición, Editorial Mc Graw Hill /Interamericana Editores, S.A, 2010. Página 81, 564.
73. Toledo Curbelo, Fundamentos En Salud Publica 1, Editorial Ciencia Medicasla Habana, 2004.
74. Toledo Curbelo, Fundamentos En Salud Publica 2, Editorial Ciencia Medicasla Habana, 2004.
75. Hernández, S.; Fernández, C.; Y Batista, Metodología De La Investigación. Editorial Mc Graw Hill México. 2003.
76. Balestrini, M. Como Se Elabora El Proyecto De Investigación. Caracas: Editorial B. L Consultores Asociados, 2002.

# Anexo 1



## CONSEJO ACADÉMICO

### ACUERDO ACADÉMICO N° 016 de 2007

#### **"Por el cual se implementa el Eje de Investigación Formativa en la Universidad del Magdalena"**

El **CONSEJO ACADÉMICO de la Universidad del Magdalena**, en uso de las atribuciones que le confiere el Estatuto General de la institución, y

#### **CONSIDERANDO**

Que la misión, la visión, los objetivos, los principios institucionales, las políticas derivadas del proceso de reforma académica 2001, las tendencias nacionales de la investigación en el contexto de la Educación Superior y las tendencias mundiales de la globalización y competitividad del conocimiento asignan a la Investigación el carácter de función sustantiva del proceso educativo universitario, asimilándola a la condición de fundamento para la práctica pedagógica.

Que se requiere por tanto avanzar en la consolidación de una cultura centrada en la articulación currículo–quehacer pedagógico–investigación, que prioriza una relación de diálogo entre docentes y estudiantes en torno al objeto de formación y conlleva a la indagación continua y la búsqueda de respuestas significativas a través de procedimientos de investigación formativa.

Que el fortalecimiento y desarrollo de la investigación en la Universidad contribuye al logro de la excelencia, a la acreditación de sus Programas Académicos y a la integración del Alma Mater al desarrollo regional en los ámbitos social, cultural, económico, político y ambiental de su entorno.

Que para desarrollar la investigación formativa, la Reforma Académica del 2001 estableció como estrategia central la implementación y puesta en marcha de un eje de investigación en el pregrado, en el que se generen espacios de aprendizaje donde se posibilite el desarrollo de competencias investigativas con especialización o énfasis en el área de interés para su desarrollo profesional, como parte de su formación integral, para contribuir a formar investigadores que incorporen la generación de nuevo conocimiento, el desarrollo tecnológico o la innovación como un plan de vida, fortaleciendo en el mediano y largo plazo los centros y grupos de investigación existentes y fomentando el desarrollo de nuevos grupos, en aras de responder al compromiso de contribuir a la búsqueda de soluciones a situaciones relevantes y representativas en cualquier disciplina.



## CONSEJO ACADÉMICO

Que el proceso de revisión del eje de investigación efectuado en el periodo 2005-2006 condujo a las siguientes conclusiones: dificultad de los estudiantes al momento de reflexionar, desde el punto de vista epistemológico, sobre el estado del arte en temáticas asociadas a sus disciplinas; desconocimiento de herramientas metodológicas para la elaboración y presentación de proyectos de investigación; bajos niveles en conocimientos y pocas experiencias verificables sobre trabajos de investigación, de gran parte de los docentes del eje; deficiencias en los microdiseños de las asignaturas del eje; bajo número de consultas de revistas científicas, tanto físicas como electrónicas; desarticulación de los docentes investigadores con las asignaturas del eje (implicando la pérdida de una oportunidad valiosa para que el estudiante valore, apropie y emule el trabajo de los docentes investigadores); desconocimiento del sistema de investigación de la Universidad; dificultad para incorporar los créditos de asignaturas del ciclo profesional o del ciclo de facultad no específicamente consideradas como asignaturas del eje, implicando la utilización de las asignaturas nominales del eje para incorporar asignaturas del ciclo de facultad.

Que es necesario propiciar cada vez más una más expedita y efectiva relación de los estudiantes con el sistema de investigación de la Universidad, a través de la vinculación de los grupos de investigación a las diferentes dimensiones del proceso de promoción y fortalecimiento de la investigación en la Universidad.

Que frente a la flexibilización de las opciones de trabajo de grado establecida mediante el Acuerdo Académico 006 del 2007, donde se reconoce que las modalidades de grado asociadas a procesos de investigación no son necesariamente una condición obligatoria para todos los programas o todos los estudiantes, es necesario promover y estimular en los estudiantes de pregrado estrategias, competencias, experticias y vocaciones en investigación.

Que en el Plan Educativo Institucional se plantea el eje de investigación formativa como una estrategia de formación basada en el desarrollo de experiencias prácticas de investigación a partir de la formulación y enunciación de preguntas de investigación, no solo en el aula sino en los semilleros de investigación, teniendo como apoyo a los centros, líneas y grupos de investigación.

Que el estudiante debe estar en capacidad de entender la investigación como un proceso de construcción de conocimientos diversos desde una perspectiva amplia que contemple las múltiples formas en que los seres humanos, y en particular los académicos, piensan, reflexionan y actúan sobre la realidad y el contexto, lo que implica estar en capacidad de reconocer que existen múltiples métodos de investigación y formas de creación que interactúan ante una pregunta o un problema de investigación.



## CONSEJO ACADÉMICO

Que para diseñar procesos de investigación orientados a abordar diferentes tipos de realidades e intencionalidades, el estudiante debe conocer los principios éticos, epistemológicos y metodológicos de las opciones de investigación basadas en enfoques cuantitativos o cualitativos.

Que se requiere de un efectivo y eficaz sistema de verificación, seguimiento y coordinación del proceso de implementación y desarrollo del eje por parte de la Vicerrectoría de Investigación.

En merito de lo anterior,

### ACUERDA

### CAPITULO I

#### DEL EJE DE INVESTIGACIÓN FORMATIVA

**ARTÍCULO 1.** Impleméntese el Eje de Investigación Formativa, a partir del segundo semestre académico del año 2008, como estructura académica adscrita a la estructura curricular de los programas de pregrado de la Universidad del Magdalena, y soporte conceptual que contribuye a fomentar la cultura de la investigación durante el proceso de formación del estudiante de pregrado, procurando el aprendizaje y ejercicio de competencias en investigación, en concordancia con los postulados del Proyecto Educativo Institucional – PEI y las políticas de investigación y de desarrollo académico de la Universidad.

El Eje de investigación se concibe como una norma marco o lineamiento de política de investigación en el pregrado, establecida y orientada por la Vicerrectoría de Investigación, donde se delega en cada facultad y sus programas la competencia para reglamentarlo y desarrollarlo a partir de su conocimiento y particularidad disciplinar e interdisciplinar, articulándolo con el Sistema de Investigación de la Universidad, a través de los Semilleros de Investigación y las modalidades de grado con opción en investigación.

**ARTÍCULO 2.** Si bien el presente reglamento hace énfasis en el pregrado, la estructura conceptual del eje está orientada a lograr unas competencias específicas en materia de investigación a nivel de todos los niveles de formación en la Universidad del Magdalena. Se asume la competencia como la capacidad que tiene el estudiante de generar o aplicar conocimientos en un contexto diverso, problémico y cambiante, utilizando convenientemente sus habilidades y destrezas, así como sus valores, para abordar problemas o preguntas de investigación y





## CONSEJO ACADÉMICO

generar conocimiento o llevar a cabo innovaciones en el contexto de dicho problema.

Para los programas de pregrado se busca que el estudiante esté en capacidad de reconocer y caracterizar los elementos básicos del proceso de investigación necesarios para la formulación y desarrollo de un proyecto de investigación. Esto implica la necesidad de desarrollar en el estudiante de pregrado las siguientes competencias específicas:

- Desarrolla procesos investigativos sobre los diferentes dominios del conocimiento de las disciplinas o áreas de conocimiento propias de su formación.
- Desarrolla proyectos de investigación a partir de los procesos formativos y de la comprensión de la realidad en la cual interactúan las disciplinas involucradas en su formación profesional.
- Aplica métodos de investigación cualitativos o cuantitativos en la solución de los problemas relacionados con su especialidad.

Para las especializaciones se busca que el estudiante logre interiorizar aún más la importancia de la investigación a través de desarrollos investigativos o tecnológicos aplicados a campos específicos, y comprender la manera cómo se construye el conocimiento científico o tecnológico, el papel del investigador y sus herramientas.

Para las maestrías la competencia a desarrollar es la capacidad de reconocer, analizar y desarrollar experiencias específicas sobre procesos de construcción de conocimiento y las características y necesidades de cada ciencia o campo especializado del conocimiento, partiendo de reflexiones fundamentadas, desde el punto de vista epistemológico, sobre el estado del arte en temáticas asociadas a sus disciplinas. Esto implica la necesidad de desarrollar en el estudiante de maestría las siguientes competencias específicas:

- Formula y enuncia un problema de investigación fundamentado en la realidad del contexto correspondiente.
- Formula hipótesis o preguntas científicas, dándoles tratamiento a las variables y a su operacionalización.
- Domina los fundamentos filosóficos, científicos, teóricos y metodológicos de la investigación.
- Diseña las técnicas para el desarrollo de su investigación, hasta llegar a las conclusiones y recomendaciones.



## CONSEJO ACADÉMICO

Para los programas de doctorado se busca que haya una apropiación profunda de los conceptos filosóficos que soportan los procesos de generación de conocimiento, a fin de permear conceptualmente la formulación y desarrollo de investigaciones que generen nuevo conocimiento. A este nivel de formación se deberá tener la competencia para aportar al fortalecimiento de la comunidad de investigadores a nivel mundial, y reconocer las áreas donde se requiere del desarrollo en materia de investigación y aquellas donde se tiene un potencial para desarrollar investigación. Esto implica la necesidad de desarrollar en el estudiante de doctorado las siguientes competencias específicas:

- Genera a través de la reflexión y la innovación, nuevos pensamientos y teorías en su área de estudio.
- Incursiona en el conocimiento universal mediante el desarrollo de competencias humanas, intelectuales y científicas.
- Desarrolla fundamentos y herramientas científicas y tecnológicas para la construcción del saber.

**PARÁGRAFO 1** Los programas técnicos y tecnológicos deben incorporar a sus ejes de investigación los contenidos y el número de créditos mínimo necesarios para el desarrollo de las competencias investigativas requeridas en estos niveles de formación, con énfasis temáticos y enfoques metodológicos acordes con las respectivas áreas disciplinares.

## CAPITULO II

### ESTRUCTURACIÓN DIDÁCTICA MESOCURRICULAR Y FUNCIONAL DEL EJE DE INVESTIGACIÓN EN EL PREGRADO

**ARTÍCULO 3.** Desde el punto de vista mesocurricular el eje de investigación en el pregrado se estructura en dos dimensiones: la dimensión organizacional y la dimensión dinámica.

La **dimensión organizacional** del eje es la establecida en este reglamento e incluye los componentes del eje, así como las competencias investigativas que debe desarrollar el estudiante en cada componente, las asignaturas del eje, el número de créditos de cada asignatura y el semestre o los semestres en que se pueden desarrollar cada una de ellas. La dimensión organizacional del eje se operacionaliza en la dimensión dinámica.



## CONSEJO ACADÉMICO

La **dimensión dinámica** del eje incluye las competencias investigativas que deben desarrollar los estudiantes en cada semestre (asignatura), los ejes problemáticos por asignatura (preguntas problematizadoras), los contenidos básicos y la metodología de enseñanza y aprendizaje en función de las competencias investigativas a desarrollar, aspectos que deben ser reglamentados por el Consejo de Programa y aprobados por el respectivo Consejo de Facultad.

**ARTÍCULO 4.** La estructura del eje se fundamenta en el principio de flexibilización y apertura de los currículos, concibiendo la heterogeneidad de formas de creación de conocimiento. En tanto proceso creativo y estratégico, el eje debe estar articulado a preocupaciones concretas o problemáticas –de orden disciplinar, interdisciplinar o contextual-, y a su vez generar resultados concretos en términos del aprendizaje y el ejercicio de la investigación formativa.

**ARTÍCULO 5.** El eje comprende tres componentes obligatorios, aunque flexibles en su enfoque y énfasis, y dos opcionales. Los primeros son "Formación Conceptual Básica", "Formación en Metodologías", y "Proyectos Aplicados", y los segundos "Proyecto de Grado" y "Semilleros de Investigación".

**ARTÍCULO 6.** Para ser operativa y cumplir la función propuesta con la implementación del eje de investigación en los programas académicos de pregrado de la Universidad del Magdalena, se adopta la siguiente estructura funcional del eje:

Los Componentes se conciben como estructuras flexibles de asignaturas en red a partir de las cuales se incentiven ejercicios de investigación aplicada con resultados al final de cada Componente, para promover en los estudiantes de pregrado competencias y experticias en investigación.

La idea de la Red surge de la necesidad de concebir la investigación de manera articulada con las otras dimensiones de la formación, sean estas teóricas, contextuales, prácticas, etc. La flexibilidad por su parte, tiene que ver también con el manejo eficiente de los créditos y la articulación que el estudiante realice con las asignaturas que toma por semestre. A fin de lograr niveles de excelencia en los productos de investigación, la Universidad debe enfatizar en los primeros semestres el desarrollo de aquellas competencias investigativas necesarias para obtener buenos trabajos, productos o prospectos de nuevos investigadores al finalizar cada Programa académico

**ARTÍCULO 7.** El eje de investigación estará conformado por asignaturas con un total de 13 créditos, distribuidos de la siguiente manera:



## CONSEJO ACADÉMICO

**Componente de Formación Conceptual Básica.** Comprende la asignatura "Teoría y Filosofía del Conocimiento", en el segundo semestre, con dos (2) créditos. Esta asignatura está orientada a introducir y desarrollar una concepción amplia de la investigación y la epistemología del conocimiento que no se reduzca solo al aspecto científico-técnico y que permita al estudiante comprender la diversidad de enfoques y estrategias a partir de las cuales el conocimiento se hace posible, analizando experiencias en torno a procesos de construcción de conocimiento en el campo específico de cada programa, en las que se consultarán las características y necesidades de cada ciencia o campo especializado del conocimiento.

En este componente el estudiante deberá desarrollar las siguientes competencias específicas:

- Interioriza la importancia de reflexionar sobre la teoría y filosofía del conocimiento, la naturaleza de la ciencia y su producto, y conoce y comprende como ha sido su desarrollo a través de la historia y la manera cómo se construye y valida el conocimiento.
- Asume posiciones críticas y analíticas acerca de cómo la humanidad ha trascendido desde un saber mítico a un saber científico contemporáneo, tomando como referencia el estudio de las distintas posibilidades de conocimiento en comunidades internacionales culturalmente diversas y con visiones de mundo muchas veces en conflicto.
- Propone alternativas de solución a problemas planteados desde hechos o fenómenos de la naturaleza contextualizados en momentos históricos de la humanidad, desde saberes contruidos a partir de los análisis epistemológicos, su creatividad y capacidad de innovación.

**b) Componente de Formación en Metodologías.** Comprende la asignatura "Metodologías y Técnicas de investigación", en el tercer semestre, con dos (2) créditos. Cada facultad y programa le asignará a esta asignatura el(los) énfasis que considere pertinente, a partir de las prioridades de conocimiento básico de dichas metodologías establecidas desde cada disciplina.

Comúnmente la noción de metodología es asimilada a modelos o instructivos para la investigación, lo que la convierte en recurso para el reforzamiento de ciertas experticias de orden técnico. Sin embargo, la metodología como guía o brújula de un proceso de construcción de conocimiento debe ante todo ser entendida como el conjunto de estrategias creativas para resolver adecuadamente una problemática. Por tanto, se trata de proporcionar al estudiante un conjunto de recursos teórico-prácticos tendientes al desarrollo de habilidades para acceder al objeto de estudio de la disciplina a través del desarrollo de competencias para recoger y analizar información, y proponer estrategias de intervención y transformación.



## CONSEJO ACADÉMICO

---

En este componente el estudiante deberá desarrollar las siguientes competencias específicas:

- Conoce los principales procedimientos cuantitativos y cualitativos utilizados para examinar y solucionar un problema o conjunto de problemas de investigación, valiéndose de los métodos, técnicas e instrumentos de recolección, sistematización y análisis de información.
- Utiliza la terminología básica de la investigación, mediante la delimitación de los conceptos de método, metodología y técnica, argumentando la evolución histórica de la investigación y valorando su significado en la evaluación de la ciencia, a partir de elementos conceptuales y críticos – reflexivos.
- Identifica y formula problemas de investigación desde lo disciplinar de su carrera, valorando la importancia de los antecedentes de investigación, a partir de la descripción de las características de cada una de las perspectivas metodológicas de investigación.

**c) Componente de Proyectos Aplicados.** Comprende un conjunto de tres seminarios-taller teórico-prácticos, de 3 créditos cada uno, en el cuarto, quinto y sexto semestres. Estos seminarios-taller deben orientarse a desarrollar una actitud positiva del estudiante hacia la investigación, en la dimensión afectiva, cognoscitiva y conductual, por medio de la puesta en práctica de estrategias pedagógicas que desmitifiquen la investigación como proceso difícil, exento de interés práctico y ajeno a la realidad, y les motive el interés por el conocimiento y la actitud hacia la problematización.

Estos seminarios-taller se estructurarán alrededor de la formulación y enunciación de preguntas de investigación pertinentes, para cuyo tratamiento el estudiante debe buscar y seleccionar los métodos a la manera de una caja de herramientas y no como conocimientos absolutos y legitimados en si mismos, para emprender la búsqueda o construcción del conocimiento. Más que el traspaso rígido de herramientas metodológicas, el objetivo es incentivar la búsqueda y elaboración tanto de las preguntas problemáticas como de las herramientas metodológicas de trabajo.

En cada seminario-taller se debe realizar un ejercicio práctico de investigación por parte de los estudiantes de acuerdo (en correlación) a la formación previa y a las inquietudes o campos problemáticos promovidos desde las diferentes asignaturas del plan de estudio. Cada uno de estos seminarios obtendrá al final un resultado concreto a evaluar, que debe implicar un desarrollo del proyecto de investigación, aunque dichos resultados no necesariamente tengan que ser avalados por una comunidad académica. Igualmente, vale la pena dar cuenta de materias claramente distintas o con un énfasis. Como ejemplo, podemos hablar de un seminario-taller que tenga un



## CONSEJO ACADÉMICO

énfasis en Métodos de investigación cualitativa y otro en Métodos de Investigación Cuantitativa, o en el abordaje de problemáticas que enfaticen en preguntas sobre lo disciplinar, interdisciplinar o transdisciplinar.

Cada fase del seminario deberá significar una instancia de avance respecto a la anterior, en cuanto al grado de incorporación del estado del arte sobre los temas abordados en los proyectos.

En este componente el estudiante deberá desarrollar las competencias específicas señaladas en el Artículo 2 para los estudiantes de pregrado.

**d) Componente de Proyecto de Grado.** Este Componente, de carácter opcional y sin créditos académicos, debe entenderse como la elaboración de un trabajo de investigación, es decir, implica la elaboración del proyecto y el seguimiento y desarrollo de una problemática de investigación, hasta la obtención de un resultado final, en calidad de modalidad de trabajo de investigación como requisito de grado. Los estudiantes que no deban asignaturas de semestres anteriores a VIII semestre (en los Programas cuya duración sea de 10 semestres) y a VII semestre (en los Programas cuya duración sea de 9 semestres), podrán sustentar su trabajo de investigación, siempre y cuando reciban autorización de los dos (2) Jurados asignados en esta modalidad de trabajo de investigación como requisito de grado.

**e) Componente Semilleros de Investigación.** Los semilleros de investigación forman parte del eje de investigación formativa, sin créditos académicos y también con carácter opcional. Estos Semilleros serán coordinados por las Facultades o Programas, las cuales abrirán convocatorias al inicio de cada año. Los grupos de investigación deberán apoyar a los semilleros de las facultades a las cuales se encuentran articulados sus respectivos Centros. Los estudiantes que cursen y aprueben la opción de Semilleros (Fases I y II), recibirán una Certificación en tal sentido de parte de la respectiva Facultad. Los contenidos temáticos de cada fase del Semillero serán establecidos por cada Facultad o Programa, bajo la orientación de la Vicerrectoría de Investigación, que proveerá unas pautas generales para el efecto.

**PARÁGRAFO 1.** Los semilleros de investigación, como experiencia práctica extracurricular, deben estar adscritos a los Programas o Facultades y ser coordinados por esas unidades académicas, articulados a un sistema de incentivos de diverso orden, tales como becas, pasantías en grupos de investigación de la Universidad, participación en eventos formativos y científicos que se llevan a cabo en el ámbito local, regional, nacional e internacional. Este programa de estímulos debe incluir también a los estudiantes que desarrollen proyectos de investigación en calidad de



## CONSEJO ACADÉMICO

modalidad de grado. Para el acceso a estos incentivos se deberá tener en cuenta el rendimiento académico general del estudiante.

**PARÁGRAFO 2.** Los proyectos de investigación financiados por la Universidad parcial o totalmente deberán contemplar la vinculación, en calidad de auxiliares, pasantes o asistentes de investigación, de estudiantes egresados del programa de semilleros o de aquellos que desarrollen proyectos de investigación como modalidad de trabajo de investigación, para efectos de grado.

**PARÁGRAFO 3.** Para el acceso a los programas de postgrado de investigación de la Universidad tendrán prelación aquellos estudiantes que hayan cursado el componente de Semilleros o que hayan desarrollado proyectos de investigación como modalidad de grado.

**PARÁGRAFO 4.** Para los programas de diez semestres, podrán acceder al componente de "Semilleros de Investigación" los estudiantes matriculados entre el IV y el VII semestre. Para los programas de nueve semestres, podrán acceder a este componente los estudiantes matriculados entre el IV y el VI semestre. En cualquier caso, para acceder al Programa de Semilleros deben haberse cursado previamente las dos asignaturas iniciales del eje (Teoría y Filosofía del Conocimiento y Metodologías y Técnicas de investigación).

**PARÁGRAFO 5.** Cada asignatura obligatoria del eje es prerrequisito de la siguiente. El eje debe desarrollarse de manera continua, sin saltos en los semestres.

**PARÁGRAFO 6.** Las asignaturas del eje y el Programa "Semilleros de Investigación" deberían preferiblemente ser orientados por docentes con experiencias en investigación.

**ARTÍCULO 7.** Es responsabilidad de las direcciones de programa proveer las condiciones y efectuar las previsiones necesarias para la implementación real y efectiva de lo dispuesto en este reglamento. De igual manera, es responsabilidad, en primer lugar, de los Comités Curriculares de cada Programa y, en segundo lugar, de los Coordinadores de Investigación de las respectivas Facultades, efectuar el seguimiento y monitoreo del cumplimiento de las disposiciones y directrices del presente reglamento, y proponer mecanismos organizacionales tendientes a favorecer las estrategias de investigación en el aula. Estas instancias deberán rendir informes semestrales que serán evaluados por la Vicerrectoría de Investigación, desde la cual se generarán las directrices y políticas tendientes a garantizar el logro de los objetivos del eje.



## CONSEJO ACADÉMICO

**ARTÍCULO 10.** Las facultades y programas deben efectuar las coordinaciones necesarias para que en todas las asignaturas de sus currículos se integren los contenidos académicos con ejercicios investigativos, a fin de promover y estimular la vocación por la investigación, incorporando y abordando preguntas de investigación relacionadas con la(s) disciplina(s) específica(s) objeto de estudio, de manera que el ejercicio investigativo trascienda el ámbito del eje de investigación.

**ARTÍCULO 11.** El presente Acuerdo Académico rige a partir del segundo semestre del 2008.

### RADÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Santa Marta, a los 03 días del mes de diciembre de 2007.

  
**JUAN CARLOS DIB DIAZ GRANADOS**  
Presidente Consejo Académico (E)

  
**WILLIAM RENAN RODRIGUEZ**  
Secretario General (E)



# Anexo 2



CONSEJO ACADEMICO

ACUERDO ACADÉMICO No. 032

"Por medio del cual se modifica el Acuerdo Académico No. 016 de 2007, referido a la implementación del Eje de Investigación Formativa".

El Consejo Académico de la Universidad del Magdalena en uso de las atribuciones que le confiere el Acuerdo Superior No. 008 de 1998, y

## CONSIDERANDO:

Que en virtud de la autonomía universitaria consagrada en el artículo 69 de la Constitución Política y desarrollada por la Ley 30 de 1992, corresponde a las universidades darse y modificar sus estatutos, crear, organizar y desarrollar sus programas académicos, definir y organizar sus labores formativas, académicas, docentes, científicas y culturales, otorgar los títulos correspondientes, admitir a sus alumnos y adoptar sus correspondientes regímenes.

Que el Artículo 29 de la Ley 30 de 1992, faculta a las universidades para darse su propia organización administrativa, financiera y académica.

Que el Acuerdo Académico No. 016 de 3 de diciembre de 2007, implementó el Eje de Investigación Formativa a partir del segundo semestre académico del año 2008, como una estructura académica adscrita a la estructura curricular de los programas de pregrado de la Universidad del Magdalena, y soporte conceptual que contribuye a fomentar la cultura de la investigación durante el proceso de formación del estudiante de pregrado, procurando el aprendizaje y ejercicio de competencias en investigación, en concordancia con los postulados del Proyecto Educativo Institucional-PEI y las políticas de investigación y de desarrollo académico de la Universidad.

Que existe la necesidad de adecuar las disposiciones institucionales de la Universidad a las nuevas exigencias nacionales e internacionales sobre Educación Superior, especialmente en materia de registro calificado, acreditación y comparabilidad de los sistemas educativos, por lo cual es pertinente establecer para los estudiantes de pregrado la formación investigativa que genere competencias para fortalecer los procesos de investigación institucionales.

Que en mérito de lo expuesto,

## ACUERDA:

**ARTÍCULO PRIMERO:** Modificar la denominación del Acuerdo Académico No. 016 de 3 de diciembre de 2007, de Eje de Investigación Formativa por el de Eje de Formación Investigativa.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Modificar el Artículo 7 del Acuerdo Académico No. 016 de 3 de diciembre de 2007, así:

**"ARTÍCULO 7.** El Eje de Formación Investigativa estará conformado por cursos con un total de diez (10) créditos que se cursarán a partir del segundo semestre académico, distribuidos de la siguiente manera:

**a) Componente de Formación Conceptual Básica.** Comprende la asignatura "Teoría y Filosofía del Conocimiento", con dos (2) créditos. Esta asignatura está orientada a introducir y desarrollar una concepción amplia de la investigación y la epistemología del conocimiento que no se reduzca solo al aspecto científico-técnico y que permita al estudiante comprender la diversidad de enfoques y estrategias a partir de las cuales el conocimiento se hace posible, analizando experiencias entorno a procesos de construcción de conocimientos en el campo específico de cada programa, en las que se consultarán las características y necesidades de cada ciencia o campo especializado del conocimiento.

En este componente el estudiante deberá desarrollar las siguientes competencias específicas:

- Interioriza la importancia de reflexionar sobre la teoría y filosofía del conocimiento, la naturaleza de la ciencia y su producto, y conoce y comprende como ha sido desarrollado a través de la historia y la manera cómo se construye y válida el conocimiento.
- Asume posiciones críticas y análisis acerca de cómo la humanidad ha trascendido desde un saber mítico a un saber científico contemporáneo, tomando como referencia el estudio de las distintas posibilidades de conocimiento en comunidades internacionales culturalmente diversas y con visiones de mundo muchas veces en conflicto.
- Propone alternativas de solución a problemas planteados desde hechos o fenómenos de la naturaleza contextualizados en momentos históricos de la humanidad, desde saberes construidos a partir de los análisis epistemológicos, su creatividad y capacidad de innovación.

**b) Componente de Formación en Metodologías.** Comprende el curso "Metodologías y Técnicas de Investigación", con dos (2) créditos, cuyo prerrequisito es el curso Teoría y Filosofía del Conocimiento. Cada facultad y programa le asignará a este curso el (los) énfasis que considere pertinente, a partir de las prioridades de conocimiento básico de dichas metodologías establecidas desde cada disciplina.

Comúnmente la noción de metodología es asimilada a modelos o instructivos para la investigación, lo que la convierte en recurso para el reforzamiento de ciertas experticias de orden técnico. Sin embargo, la metodología como guía o brújula de un proceso de construcción de conocimiento debe ante todo ser entendida como el conjunto de estrategias creativas para resolver adecuadamente una problemática. Por tanto, se trata de proporcionar al estudiante un conjunto de recursos teóricos-prácticos tendientes al desarrollo de habilidades para acceder al objeto de estudio de la disciplina a través del desarrollo de competencias para recoger y analizar información, y proponer estrategias de intervención y transformación.

En este componente el estudiante deberá desarrollar las siguientes competencias específicas:

- Conoce los principales procedimientos cuantitativos y cualitativos utilizados para examinar y solucionar un problema o conjunto de problemas de investigación, valiéndose de los métodos, técnicas e instrumentos de recolección, sistematización y análisis de información.
- Utiliza la terminología básica de la investigación, mediante la delimitación de los conceptos de método, metodología y técnica, argumentando la evolución histórica de la investigación y valorando su significado en la evaluación de la ciencia, a partir de elementos conceptuales y críticos-reflexivos.
- Identifica y formula problemas de investigación desde los disciplinar de su carrera, valorando la importancia de los antecedentes de investigación, a partir de la descripción de las características de cada una de las perspectivas metodológicas de investigación.

**c) Componente de Proyectos Aplicados.** Comprende un conjunto de tres (3) seminarios-taller teórico-prácticos, de dos (2) créditos cada uno, cuyo prerrequisito es el curso Metodologías y Técnicas de Investigación. Estos seminarios talleres deben orientarse a desarrollar una actitud positiva del estudiante hacia la investigación, en la dimensión afectiva, cognitiva y conductual, por medio de la puesta en práctica de estrategias pedagógicas que desmitifiquen la investigación como proceso difícil, exento de interés práctico y ajeno a la realidad y les motive el interés por el conocimiento y la actitud hacia la problematización.

Estos seminarios-taller se estructurarán alrededor de la formulación y enunciación de preguntas de investigación pertinentes para cuyo tratamiento el estudiante debe buscar y seleccionar los métodos a la manera de una caja de herramientas y no como conocimientos absolutos y legitimados en sí mismos, para emprender la búsqueda o construcción del conocimiento. Más que el traspaso rígido de herramientas metodológicas, el objetivo es incentivar la búsqueda y elaboración tanto de las preguntas problemáticas como de las herramientas metodológicas de trabajo.

En cada seminario-taller se debe realizar un ejercicio práctico de investigación por parte de los estudiantes de acuerdo (en correlación) a la formación previa y a las inquietudes o campos problemáticos promovidos desde las diferentes asignaturas del plan de estudio. Cada uno de estos seminarios obtendrá al final un resultado concreto a evaluar, que debe implicar un desarrollo del proyecto de investigación, aunque dichos resultados no necesariamente tengan que ser avalados por una comunidad académica. Igualmente, vale la pena dar cuenta de materias claramente distintas o con énfasis. Como ejemplo, podemos hablar de un seminario-taller que tenga un énfasis en métodos de investigación cualitativa y otro en métodos de investigación cuantitativa, o en el abordaje de problemáticas que enfaticen en preguntas sobre lo disciplinar, interdisciplinar o transdisciplinar.

Cada fase del seminario deberá significar una instancia de avance respecto a la anterior, en cuanto al grado de incorporación del estado del arte sobre los temas abordados en los proyectos, por lo tanto cada Seminario será prerrequisito del subsiguiente.

En este componente el estudiante deberá desarrollar las competencias específicas señaladas en el Artículo 2 para los estudiantes de pregrado del presente acuerdo.

**d) Componente de Proyecto de Investigación.** Este componente, de carácter opcional, debe entenderse como la elaboración del proyecto y el seguimiento y desarrollo de una problemática de investigación, hasta la obtención de un resultado final, en calidad de modalidad de trabajo de grado, de acuerdo con los criterios establecidos por el Consejo Académico para el Trabajo de Grado.

**e) Componente Semilleros de Investigación.** Los semilleros de investigación forman parte del Eje de la Formación Investigativa, sin créditos académicos y también con carácter opcional. Estos semilleros serán coordinados por las Facultades de acuerdo con las políticas establecidas por la Vicerrectoría de Investigación. Los estudiantes que participen en este componente deberán estar adscritos a los grupos de investigación de las Facultades. Los estudiantes que participen las actividades de los Semilleros (Fases I y II), recibirán una Certificación en tal sentido de parte de la respectiva Facultad.

**PARÁGRAFO 1.** Los semilleros de investigación, como experiencia práctica extracurricular, deben estar adscritos a los Programas o Facultades y ser coordinados por esas unidades académicas, articulados a un sistema de incentivos de diverso orden, tales como becas, pasantías en grupos de investigación de la Universidad, participación en eventos formativos y científicos que se llevan a cabo en el ámbito local, regional, nacional e internacional. Este programa de estímulos debe incluir también a los estudiantes que desarrollen proyectos de investigación en calidad de trabajo de grado. Para el acceso a estos incentivos se deberá tener en cuenta el rendimiento académico general del estudiante.

**PARÁGRAFO 2.** Los proyectos de investigación financiados por la Universidad parcial o totalmente deberán contemplar la vinculación, en calidad de auxiliares, pasantes o asistentes de investigación, de estudiantes participantes del programa de semilleros o de aquellos que desarrollen proyectos de investigación como modalidad de trabajo de grado.

**PARÁGRAFO 3.** Para el acceso a los programas de postgrado de investigación de la Universidad tendrán prelación aquellos estudiantes que hayan cursado el componente de semilleros o que hayan desarrollado proyectos de investigación como modalidad de trabajo de grado.

**PARÁGRAFO 4.** Para acceder al Programa de Semilleros el estudiante debe haber aprobado los dos (2) cursos iniciales del Eje de Formación Investigativa, Teoría y Filosofía del Conocimiento y Metodologías y Técnicas de Investigación y no haber terminado académicamente.

**PARÁGRAFO 5.** Las asignaturas del eje y el Programa de Semilleros de Investigación deberían preferiblemente ser orientados por docentes con experiencias en investigación.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Corregirse la numeración del Artículo 7 del Acuerdo Académico No. 016 de 3 de diciembre de 2007, por la de Artículo 8, el cual inicia "Es responsabilidad de los direcciones de Programa...".

**ARTÍCULO TERCERO:** Corregirse la numeración del Artículo 10 del Acuerdo Académico No. 016 de 3 de diciembre de 2007, por la de Artículo 9.

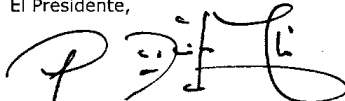
**ARTÍCULO CUARTO:** Corregirse la numeración del Artículo 11 del Acuerdo Académico No. 016 de 3 de diciembre de 2007, por la de Artículo 10.

**ARTÍCULO QUINTO:** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de expedición.

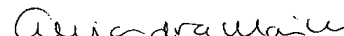
**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dado en Santa Marta, D.T.C. e H., a los **18 MAYO 2010**

El Presidente,

  
**RUTHBER ESCORCIA CABALLERO**  
Rector

La Secretaria,

  
**ALEJANDRA MARU MOLINARES**  
Secretaria General.

## Anexo 3

SOCIAL IMPACTS OF DENTAL DISEASE (SIDD)		
CATEGORÍA DE IMPACTO		ITEMS
FUNCIONAL	Alimentación	Dificultad para masticar
		Dificultad para morder duro
		Dificultades para tomar un gran bocado
		Tener que cambiarlos tipos de alimentos consumidos
INTERACCIÓN SOCIAL	Comunicación	Dificultad o restricción para hablar
		Dificultado restricción para sonreír
		Dificultado restricción de la risa
		Dificultad o restricción delos besos
COMFORT Y BIENESTAR	Dolor	Dolor de dientes, dolor en la actualidad o dolor en los últimos 12 meses
	Incomodidad	Sensibilidad al frío
		Empaquetamiento de alimentos
		Malestar en los dientes actualmente o en los últimos 12 meses
AUTOIMAGEN	Estética	Insatisfacción con los dientes en relación con otras características de apariencia.
		Insatisfacción con la apariencia de las prótesis dentales

## Anexo 4

GERIATRIC ORAL HEALTH ASSESMENT INDEX (GOHAI) EN SU VERSIÓN EN ESPAÑOL							
DIMENSIÓN	No.	PREGUNTAS	Siempre	A Menudo	A Veces	Rara Vez	Nunca
FUNCIÓN FÍSICA	1	¿Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?					
	2	¿Pudo trabajar cómodamente?					
	3	¿Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo en que usted quería?					
	4	¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias en sus dientes o prótesis dentales?					
FUNCIÓN PSICOSOCIAL	5	¿Evitó estar en contacto con otras personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?					
	6	¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?					
	7	¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
	8	¿Se sintió nervioso o consiente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
	9	¿Se sintió incomodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
	10	¿Evitó reírse o sonreírse debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticos?					
FUNCIÓN DOLOR	11	¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?					

12 ¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?

## Anexo 5

DENTAL IMPACT PROFILE (DIP)	
¿Cree que sus dientes o prótesis dental tienen un efecto bueno, malo o no tienen ningún efecto en su:	CÓDIGOS DE RESPUESTA: 1= Efecto Bueno 2= Efecto Malo 3= Sin Efecto
sentirse cómodo	_____
tener confianza en torno a otros	_____
Comida	_____
Sabor	_____
vivir una vida larga	_____
masticar y morder	_____
aparición a otras personas (como siente que lo miran los demás)	_____
estados de ánimo	_____
Besos	_____
salud general	_____
la asistencia a las actividades	_____
éxito en el trabajo	_____
Apetito	_____
sonriendo y riendo	_____
tener sex appeal	_____
aspecto facial (cómo se ve usted su rostro)	_____
vida social	_____
disfrute de comer	_____
Discurso	_____
Aliento	_____
alimentos que elegimos para comer	_____
disfrute de la vida	_____
relación romántica	_____
felicidad general	_____
Peso	_____

## Anexo 6

ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP)			
DIMENSIÓN	No.	PREGUNTA	VALOR
Limitación Funcional	1	¿Ha tenido dificultad para masticar cualquier alimento debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1,253
	2	¿Ha tenido problemas para pronunciar las palabras debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.036
	3	¿Ha notado un diente que no se ve bien?	0.747
	4	¿Ha sentido que su aparición se ha visto afectada por problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.059
	5	¿Ha sentido que su respiración ha sido viciada debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.154
	6	¿Ha sentido que su sentido del gusto ha empeorado debido a problemas con los dientes, la boca o las dentaduras?	0.931
	7	¿Ha tenido la comida en la captura de los dientes o la dentadura postiza?	1.181
	8	¿Ha sentido que su digestión se ha agravado debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.168
	9	¿Ha sentido que su dentadura no está confeccionada correctamente?	1.472
Dolor Físico	10	¿Ha tenido dolor en la boca?	1.213
	11	¿Ha tenido un dolor en la mandíbula?	0.937
	12	¿Ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.084
	13	¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo, debido a los alimentos calientes o fríos o bebidas?	1.053
	14	¿Ha tenido dolor de muelas?	1.361
	15	¿Ha tenido dolor en las encías?	1.088
	16	¿Presenta incomodidad para comer cualquier alimento debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	0.998
	17	¿Ha tenido puntos de dolor en la boca?	1.264
	18	¿Ha tenido dentaduras incómodas?	1.002
Inconformidad Psicológica	19	¿Ha estado preocupado por los problemas dentales?	2.006
	20	¿Ha sido consciente de sí mismo a causa de los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.902
	21	¿Los problemas dentales lo han hecho sentir miserable?	2.252
	22	¿Se ha sentido incómodo con la apariencia de los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.815
	23	¿Se ha sentido tenso debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	2.025
Discapacidad Física	24	¿Ha sido su habla poco clara debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.109
	25	¿La gente ha malinterpretado algunas de sus palabras debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.111
	26	¿Ha sentido menos sabor en los alimentos debido a	1.051

	problemas con los dientes, la boca o las dentaduras?		
	27	¿Ha sido incapaz de cepillarse los dientes correctamente debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.068
	28	¿Ha tenido que evitar el consumo de algunos alimentos debido a problemas con los dientes, la boca o las dentaduras?	1.266
	29	¿Ha sido su dieta insatisfactoria debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.022
	30	¿Ha sido capaz de comer con la dentadura debido a problemas con ella?	1.351
	31	¿Ha evitado sonreír debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.070
<b>Incapacidad Psicológica</b>	32	¿Ha tenido que interrumpir las comidas debido a problemas con los dientes, la boca o las dentaduras?	0.952
	33	¿Se ha interrumpido su sueño debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.950
	34	¿Ha sido alterado debido a problemas con los dientes, la boca o las dentaduras?	1.393
	35	¿Ha tenido dificultades para relajarse debido a problemas con los dientes, la boca o las dentaduras?	1.646
	36	¿Se ha sentido deprimido a causa de problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.936
	37	¿Se ha afectado su concentración debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.638
<b>Incapacidad Social</b>	38	¿Ha sido avergonzado debido a problemas con los dientes, la boca o las dentaduras?	1.437
	39	¿Ha evitado salir debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.572
	40	¿Ha sido menos tolerante con su pareja o familia a causa de problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	2.555
	41	¿Ha tenido problemas para llevarse bien con otras personas debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.832
	42	¿Ha estado un poco irritable con otras personas debido a problemas con los dientes, la boca o las dentaduras?	2.236
	43	¿Ha tenido dificultades para hacer sus trabajos habituales debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.805
<b>Obstáculos</b>	44	¿Ha sentido que su estado general de salud ha empeorado debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	2.112
	45	¿Ha sufrido alguna pérdida financiera debido a problemas con los dientes, la boca o las dentaduras?	1.420
	46	¿Ha sido incapaz de disfrutar de la compañía de otras personas por problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.545
	47	¿Ha sentido que la vida en general es menos satisfactoria debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.567



48	¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con los dientes, la boca o la dentadura postiza?	1.879
49	¿Ha sido incapaz de trabajar a su máxima capacidad debido a problemas con los dientes, la boca o las dentaduras?	1.476

## Anexo 7

ORAL HEALTH IMPACT PROFILE 14 (OHIP-14)			
DIMENSIÓN	No.	PREGUNTA	VALOR
Limitación Funcional	1	¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,51
	2	¿Ha sentido usted que su sensación del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,49
Dolor Físico	3	¿Tiene usted alguna incomodidad dolorosa en su boca?	0,34
	4	¿Ha sentido usted incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,66
Molestias Sicológicas	5	¿Ha estado usted preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,45
	6	¿Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,55
Incapacidad Física	7	¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	52
	8	¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	48
Incapacidad Sicológica	9	¿Encuentra usted dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	60
	10	¿Se ha sentido usted perturbado frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	40
Incapacidad Social	11	¿Se ha sentido usted irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	62
	12	¿Tiene usted dificultad de hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	38
Obstáculos	13	¿Ha sentido usted que su vida es, en general, menos satisfactoria, debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	59
	14	¿Se ha sentido usted totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	41

## Anexo 8

SUBJECTIVE ORAL HEALTH STATUS INDICATORS (SOHSI)		
ESCALA	ÍTEM	RESPUESTA
	<b>Responda Sí o No.</b>	
<b>Habilidad para masticar</b>	<b>¿Suele ser capaz de:</b>	
	Masticar un pedazo de zanahoria fresca?	
	Masticar verduras hervidas?	
	Masticar ensalada de lechuga fresca?	
	Masticarla carne firme, como filetes o chuletas?	
	Morder y masticar un pedazo de manzana entera fresca?	
	Masticar una hamburguesa?	
<b>Habilidad para hablar</b>	<b>Pensando en los problemas con sus dientes o boca ...</b>	
	¿Alguna vez tiene dificultades para pronunciar alguna palabra?	
	¿Alguna vez tiene dificultad para hablar con claridad?	
	¿Alguna vez tiene problemas para hacerse entender?	
<b>Síntomas orales y faciales de dolor</b>	<b>En las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido los siguientes problemas?</b>	
	Dolor de muelas	
	Dolor en los dientes con alimentos o líquidos calientes/frías	
	Dolor en los dientes con los alimentos dulces	
	Dolor en las articulaciones de la mandíbula al abrirla boca	
	Dolor en la cara delante de la oreja	
	Sensación de ardor en la lengua u otras partes de la boca	
	Dolores punzantes en la cara o en las mejillas	
	Dolor o malestar de la dentadura	
<b>OTROS SÍNTOMAS ORALES</b>	<b>En las últimas cuatro semanas ha tenido los siguientes problemas?</b>	
	Úlceras en la boca	
	Herpes labial	
	Sangrado de las encías	
	Mal aliento	
	Sequedad de boca	
	Sabor desagradable	
	Los cambios en la percepción de los sabores	
	Chasquido en articulación de la mandíbula	
	Dificultad para abrirla boca	

<b>Responda: todo el tiempo(5), muy a menudo(4), con bastante frecuencia(3), a veces (2), o nunca(1)</b>	
<b>ESCALA DE IMPACTO AL COMER</b>	<b>Pensando en su salud dental durante el último año, ¿con qué frecuencia:</b>
	Ha evitado consumir alimentos que le gustaría comer?
	Ha encontrado que su disfrute de la comida es menos delo que solía ser?
	¿Le tomó más tiempo para terminar una comida que otras personas?
<b>ESCALA DE IMPACTO EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</b>	<b>Durante el último año, ¿con qué frecuencia el dolor, la incomodidad, u otro problemas con los dientes, la boca o la prótesis le causó:</b>
	Tener dificultades para dormir?
	Quedarse en casa más de lo habitual?
	Quedarse en la cama más de lo habitual?
	Faltar al trabajo?
	Ser incapaz de hacerlas tareas del hogar?
<b>ESCALA DEL IMPACTO DE LA PREOCUPACIÓN</b>	Evitar sus actividades habituales de ocio?
	<b>Durante el último año, ¿cuántas veces se ha preocupado por:</b>
	La apariencia de los dientes o la boca?
	La salud de los dientes o la boca?

## Anexo 9

<b>DENTAL IMPACT ON DAILY LIVING (DIDL)</b>	
<b>PREGUNTA (Y DIMENSIÓN)</b>	<b>RESPUESTA</b>
<b>¿Qué tan satisfecho has estado, en general, con los dientes en los últimos tres meses? (Dimensión: Apariencia)</b>	Muy satisfecho _____
	Satisfecho _____
	Más o menos _____
	Insatisfecho _____
	Muy insatisfecho _____
<b>Tiene usted alguna preocupación por problemas con sus dientes en los últimos tres meses? (Dimensión: Comfort)</b>	Siempre _____
	Frecuentemente _____
	A veces _____
	Raramente _____
	Nunca _____
<b>¿Qué tan satisfecho ha estado con la apariencia de sus dientes en los últimos tres meses?(Dimensión: Apariencia)</b>	Muy satisfecho _____
	Satisfecho _____
	Más o menos _____

	Insatisfecho	___
	Muy insatisfecho	___
	Muy satisfecho	___
<b>¿Qué tan satisfecho ha estado con el color de sus dientes en los últimos tres meses?(Dimensión: Apariencia)</b>	Satisfecho	___
	Más o menos	___
	Insatisfecho	___
	Muy insatisfecho	___
	Muy satisfecho	___
<b>¿Qué tan satisfecho ha estado con la posición de sus dientes (si están torcidas o no) en los últimos tres meses? (Dimensión: Apariencia)</b>	Satisfecho	___
	Más o menos	___
	Insatisfecho	___
	Muy insatisfecho	___
<b>Algunas personas cuando no están satisfechas con sus dientes evitan mostrar los al sonreír. ¿Ha tratado de evitar mostrarlos dientes al sonreír o reír en los últimos tres meses? (Dimensión: Actuación)</b>	Muy satisfecho	___
	Satisfecho	___
	Más o menos	___
	Insatisfecho	___
	Muy insatisfecho	___
<b>¿Qué tan bien se ha sentido al mostrar sus dientes cuando sonríe durante los últimos tres meses? (dimensión: Actuación)</b>	Muy satisfecho	___
	Satisfecho	___
	Más o menos	___
	Insatisfecho	___
	Muy insatisfecho	___
<b>A veces, cuando las personas comen, se le atorán alimentos entre los dientes. ¿Se le ha atascado comida entre los dientes en los últimos tres meses? (Dimensión: Comfort)</b>	Siempre	___
	Frecuentemente	___
	A veces	___
	Raramente	___
	Nunca	___
<b>A veces la gente tiene mal aliento. ¿Había usted tenido mal aliento causado por cualquier problema en su boca, durante los últimos tres meses? (dimensión: Comfort)</b>	Siempre	___
	Frecuentemente	___
	A veces	___
	Raramente	___
	Nunca	___
<b>¿Ha tenido que cambiar los alimentos que consume durante un largo período de tiempo (más de tres meses) por algo que le pasa a sus dientes? (dimensión: Restricción de comida)</b>	Sí	___
	No	___
<b>¿Ha tenido que cambiar la forma de prepararlos alimentos durante un largo período de tiempo (más de tres meses) por algo que le pasa a sus dientes? (Dimensión: Restricción de comida)</b>	Sí	___
	No	___
<b>¿Qué tan satisfecho está usted con su masticación? dimensión: (Dimensión: Restricción de comida)</b>	Muy bien	___
	Bien	___
	Más o menos	___
	Mal	___
	Muy mal	___
<b>¿Qué tan bien ha sido capaz de morder su comida, sin tener dificultades causadas por los dientes, en los últimos tres meses? (Dimensión: Restricción de comida)</b>	Muy bien	___
	Bien	___
	Más o menos	___
	Mal	___
<b>¿Qué tan satisfecho está usted con su mordida? (Dimensión: Restricción de comida)</b>	Muy mal	___
	Muy satisfecho	___

<b>Restricción de comida)</b>	Satisfecho	___
	Más o menos	___
	Insatisfecho	___
	Muy insatisfecho	___
<b>¿Ha tenido usted algún diente flojo en los últimos tres meses? (Dimensión: Comfort)</b>	Sí	___
	No	___
<b>¿Ha tenido algún dolor de muelas espontáneo(dolor de muelas sin ninguna causa específica) en los últimos tres meses? (Dimensión: Dolor)</b>	Sí	___
	No	___
<b>¿Ha tenido algún dolor de muelas cuando usted comió o bebió algo frío/caliente o dulce en los últimos tres meses? (Dimensión: Dolor)</b>	Sí	___
	No	___
<b>¿Ha tenido que cambiar su comida desde el comienzo de éste dolor? (Dimensión: Dolor)</b>	Siempre	___
	Frecuentemente	___
	A veces	___
	Raramente	___
	Nunca	___
<b>¿Ha tenido algún dolor en la articulación de la mandíbula en los últimos tres meses? (Dimensión: Dolor)</b>	cada día	___
	una vez a la semana	___
	menos de una vez a la semana	___
	sólo en algunos movimientos	___
	en ningún momento	___
<b>¿Qué tanto la apariencia de sus dientes ha influido en su capacidad de trabajo en los últimos tres meses? (Dimensión: Actuación)</b>	Ha ayudado mucho	___
	Ha ayudado	___
	Me era indiferente	___
	Me ha perturbado	___
	Me ha perturbado mucho	___
<b>Si ha tenido dolor de muelas o cualquier dolor en las articulaciones de la mandíbula, ¿cuánto de este dolor ha afectado su capacidad de trabajo en los últimos tres meses? (Dimensión: Actuación)</b>	Extremadamente	___
	Muchísimo	___
	Moderadamente	___
	Poco	___
	Ninguno	___
<b>¿Cuánto de la función de sus dientes (como comer, hablar) ha influido en su capacidad de trabajo en los últimos tres meses? (Dimensión: Actuación)</b>	Ha ayudado mucho	___
	Ha ayudado	___
	Me era indiferente	___
	Me ha perturbado	___
	Me ha perturbado mucho	___
<b>¿Qué tanto la apariencia de sus dientes ha influido en su contacto con la gente (por ejemplo, salir con los amigos), durante los últimos tres meses? (Dimensión: Actuación)</b>	Ha ayudado mucho	___
	Ha ayudado	___
	Me era indiferente	___
	Me ha perturbado	___
	Me ha perturbado mucho	___
<b>Si ha tenido dolor de muelas o cualquier dolor en las articulaciones de la mandíbula, ¿Qué tanto este dolor afecta su</b>	Extremadamente	___
	Muchísimo	___

contacto con la gente (por ejemplo, salir con los amigos), durante los últimos tres meses? (Dimensión: Actuación)	Moderadamente	___
	Poco	___
	Ninguno	___
	Ha ayudado mucho	___
¿Qué tanto la función de los dientes (como comer, hablar) ha influido en su contacto con la gente (por ejemplo, salir con los amigos), durante los últimos tres meses? (Dimensión: Actuación)	Ha ayudado	___
	Me era indiferente	___
	Me ha perturbado	___
	Me ha perturbado mucho	___
¿Qué tanto la apariencia de sus dientes ha influido en su vida romántica durante los últimos tres meses? (Dimensión: Actuación)	Ha ayudado mucho	___
	Ha ayudado	___
	Me era indiferente	___
	Me ha perturbado	___
Si ha tenido dolor de muelas o cualquier dolor en las articulaciones de la mandíbula, ¿cuánto de este dolor ha afectado su vida romántica durante los últimos tres meses? (Dimensión: Actuación)	Me ha perturbado mucho	___
	Extremadamente	___
	Muchísimo	___
	Moderadamente	___
	Poco	___
	Ninguno	___
	Ha ayudado mucho	___
	Ha ayudado	___
¿Cuánta de la función de los dientes (como comer, hablar) ha afectado su vida romántica durante los últimos tres meses? (Dimensión: Actuación)	Me era indiferente	___
	Me ha perturbado	___
	Me ha perturbado mucho	___
	Extremadamente	___
Si usted ha tenido cualquier dolor de muelas o cualquier dolor en la articulación de la mandíbula en los últimos tres meses, ¿cuánto ha afectado de éste dolor su sueño? (Dimensión: Actuación)	Muchísimo	___
	Moderadamente	___
	Poco	___
	Ninguno	___
Si usted ha tenido cualquier dolor de muelas o cualquier dolor en la mandíbula conjunta en los últimos tres meses, ¿Cuánto estrés le ha causado éste dolor? (Dimensión: Actuación)	Extremadamente	___
	Muchísimo	___
	Moderadamente	___
	Poco	___
	Ninguno	___
	Ha ayudado mucho	___
	Ha ayudado	___
	Me era indiferente	___
¿Sus dientes le han ayudado a tener confianza en los últimos tres meses? (Dimensión: Actuación)	Me ha perturbado	___
	Me ha perturbado mucho	___
	Extremadamente	___
	Muchísimo	___
¿Sus dientes le han causado algún tipo de vergüenza en los últimos tres meses? (Dimensión: Actuación)	Moderadamente	___
	Poco	___
	Ninguno	___
	Muy satisfecho	___
¿Qué tan satisfecho ha estado, en general, con sus encías en los últimos tres meses? (dimensión: Comfort)	Satisfecho	___

	Más o menos	___
	Insatisfecho	___
	Muy insatisfecho	___
¿Sus encías han sangrado en los últimos tres meses? (dimensión: Comfort)	Sí	___
	No	___
¿Se ha sentido alguna sensibilidad cuando comió o bebió algo frío o ácido por tener las encías retraídas en los últimos tres meses? (dimensión: Comfort)	Sí	___
	No	___

## Anexo 10

ORAL HEALTH QUALITY OF LIFE (OH-QOL)	
<b>1. a) ¿Cuán importante es para su boca se sienta húmeda:</b>	
1	Nada importante?
2	Algo importante? o
3	Muy Importante?
<b>b) ¿Qué tan feliz es usted con la humedad que siente en su boca:</b>	
1	Infeliz?
2	Algo infeliz?
3	Algo feliz? o
4	Contento?
<b>2. a) ¿Qué tan importante es para usted no tener que dejar de hacer lo que está haciendo para conseguir un poco de agua porque tiene la boca seca:</b>	
1	Nada importante?
2	Algo importante? o
3	Muy Importante?
<b>b) ¿Qué tan feliz está usted con el número de veces que tienes que dejar de hacer lo que está haciendo para tomar un trago de agua porque tiene la boca seca:</b>	
1	Infeliz?
2	Algo infeliz?
3	Algo feliz? o
4	Contento?
<b>3. a) ¿Qué tan importantes para usted poder degustar su comida:</b>	
1	Nada importante?
2	Algo importante? O
3	Muy Importante?
<b>b) ¿Qué tan feliz está con poder degustar su comida:</b>	
1	Infeliz?
2	Algo infeliz?
3	Algo feliz? o
4	Contento?
<b>4. a) ¿Qué tan importante es para usted su sentido del olfato:</b>	
1	Nada importante?
2	Algo importante? o
3	Muy Importante?
<b>b) ¿Qué tan feliz está con su sentido del olfato:</b>	
1	Infeliz?
2	Algo infeliz?

3	Algo feliz? o
4	¿Contento?
<b>5. a) ¿Qué tan importante es para usted la formado sus dientes o prótesis dental:</b>	
1	Nada importante?
2	Algo importante? o
3	Muy Importante?
<b>b) Qué feliz está usted con la forma de los dientes o prótesis:</b>	
1	Infeliz?
2	Algo infeliz?
3	Algo feliz? o
4	¿Contento?
<b>6. a) ¿Tiene y usa dentadura postiza o prótesis parciales?</b>	
1	Sí? O
2	No?---->PASE A LA7ª
<b>b) ¿Qué tan importante es para usted que su dentadura postiza no se deslice o haga ruido:</b>	
1	Nada importante?
2	Algo importante? o
3	Muy Importante?
<b>c) ¿Qué tan feliz está usted con la frecuencia en que sus dentaduras se deslizen o hacen ruido:</b>	
1	Infeliz?
2	Algo infeliz?
3	Algo feliz? o
4	Contento?
<b>7. a) ¿Qué tan importante es la salud de su boca para usted:</b>	
1	Nada importante?
2	Algo importante? o
3	Muy Importante?
<b>b)¿Qué feliz está usted con la salud de su boca?</b>	
1	Infeliz?
2	Algo infeliz?
3	Algo feliz?
4	Contento?
<b>8. a) ¿Qué tan importante es la forma en que su aliento huele:</b>	
1	Nada importante?
2	Algo importante? O
3	Muy Importante?
<b>b)Qué feliz está usted con la forma en que su aliento huele:</b>	
1	Infeliz?
2	Algo infeliz?
3	Algo feliz? o
4	Contento?
<b>9. a) ¿Qué tan importante es para usted beber líquidos calientes y fríos y sin dolor:</b>	
1	Nada importante?
2	Algo importante? o
3	Muy Importante?
<b>b) ¿Qué feliz es usted con el consumo de líquidos calientes y fríos y sin dolor:</b>	
1	Infeliz?
2	Algo infeliz?
3	Algo feliz? o



4	Contento?
<b>10. a) ¿Qué tan importante es para usted hablar con claridad:</b>	
1	Nada importante?
2	Algo importante? o
3	Muy Importante?
<b>b) ¿Qué tan feliz está con su capacidad de hablar con claridad:</b>	
1	Infeliz?
2	Algo infeliz?
3	Algo feliz? o
4	Contento?
<b>11. a) ¿Cuán importante es para usted ser capaz de morder o masticar alimentos duros, como nueces, manzanas, frutos secos, panes o panecillos crujientes:</b>	
1	Nada importante?
2	Algo importante? o
3	Muy Importante?
<b>b) ¿Qué tan feliz está con poder morder o masticar alimentos duros como nueces, manzanas, frutos secos, panes o panecillos crujientes:</b>	
1	Infeliz?
2	Algo infeliz?
3	Algo feliz? o
4	Contento?
<b>12. a) ¿Qué tan importante es para usted poder morder y masticar alimentos sin dolor:</b>	
1	Nada importante?
2	Algo importante? o
3	Muy Importante?
<b>b) ¿Qué feliz está con poder morder y masticarlos alimentos sin dolor:</b>	
1	Infeliz?
2	Algo infeliz?
3	Algo feliz? o
4	Contento?
<b>13. a) ¿Qué tan importante es para usted que comer toda la comida sin que se pegue en la boca (debajo su dentadura postiza; en sus mejillas; en la lengua):</b>	
1	Nada importante?
2	Algo importante? O
3	Muy Importante ?
<b>b) ¿Qué feliz está con su poder comer toda la comida sin que se pegue en su boca (debajo de su dentadura postiza , y en sus mejillas ; en su lengua):</b>	
1	Infeliz ?
2	Algo infeliz ?
3	Algo feliz ? o
4	Contento?:
<b>14. a) ¿Cuán importante es para usted tragar sus alimentos sin ahogarse o ser atrapado en la garganta:</b>	
1	Nada importante?
2	Algo importante? O
3	Muy Importante ?
<b>b) ¿Qué feliz está con su poder tragar sus alimentos sin atragantarse o quedar atrapado en la garganta :</b>	
1	Infeliz ?
2	Algo infeliz ?
3	Algo feliz ? o
4	Contento?

15. A) ¿Qué tan importante es para usted para masticar cualquier alimento que desee:	
1	Nada importante?
2	Algo importante?
3	Muy Importante ?
b) ¿Qué feliz está con su capacidad de masticar cualquier alimento que desee:	
1	Infeliz ?
2	Algo infeliz ?
3	Algo feliz ? o
4	Contento?

## Anexo 11

ORTHOGNATHIC QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE (OQLQ)		
DIMENSIÓN	No.	PREGUNTA
ASPECTOS SOCIALES	1	¿ Se preocupa para conocer gente?
	2	¿ Carece de confianza social?
	3	¿ No te gusta la sonrisa?
	4	¿ La gente realiza comentarios hirientes?
ESTETICA FACIAL	5	¿ No le gusta tomarse fotos?
	6	¿ No le gusta tomarse videos?
	7	¿ Le gusta su perfil?
	8	¿ Le gusta la apariencia de sus dientes?
FUNCION ORAL	9	¿ Evita comer algunos alimentos?
	10	¿ Problemas al mascar?
	11	¿ Problemas al morder?
	12	¿ Le gusta comer en público?
DEFORMIDAD FACIAL	13	¿ Pasa tiempo estudiando su rostro?
	14	¿ Mira fijamente a las personas al hablar?

# Anexo 12



**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA**

**ENCUESTA: PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA VS TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN ORAL**

**SEXO:** \_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_

Por favor conteste las siguientes preguntas marcando con una "X" la casilla de la 1 a la 4 que usted considere se ajusta a su caso en particular, siendo las opciones de respuesta:

- 1= Nunca  
2= A veces  
3= A menudo y  
4= Siempre

Y para la pregunta No. 21:

- 1=Alto  
2= Mediano  
3= Bajo y  
4= Muy bajo

No.	PREGUNTAS	1	2	3	4
1	¿Tiene incomodidad al comer algunos alimentos debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
2	¿Siente que le quedan alimentos en la prótesis dental después de comer?	___	___	___	___
3	¿Interrumpe sus comidas debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
4	¿Su alimentación es satisfactoria debido su prótesis dental?	___	___	___	___
5	¿Siente que su percepción del gusto ha empeorado debido a su prótesis?	___	___	___	___
6	¿Tiene alguna incomodidad dolorosa en su boca?	___	___	___	___
7	¿Tiene dolores de cabeza debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
8	¿Tiene dolores en la mandíbula debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
9	¿Tiene dolores en las encías debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
10	¿Se ha descubierto realizando algún hábito de manera inconsciente con su prótesis dental?	___	___	___	___
11	¿Tiene incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
12	¿Siente que su prótesis dental no está confeccionada correctamente?	___	___	___	___
13	¿Siente que su prótesis dental no se ve natural?	___	___	___	___
14	¿Se siente nervioso debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
15	¿Encuentra dificultad para relajarse debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
16	¿Se siente perturbado frente a otras personas debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
17	¿Se siente irritable con otras personas debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
18	¿Tiene dificultad al hacer sus trabajos habituales debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
19	¿Se siente totalmente incapaz de desarrollar actividades en su vida diaria debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
20	¿Siente que su vida, en general, es menos satisfactoria debido a su prótesis dental?	___	___	___	___
21	Conteste la siguiente pregunta así: 1=Alto, 2= Mediano, 3= Bajo, 4= Muy bajo. ¿A qué nivel siente que la prótesis cumple sus expectativas estéticas?	___	___	___	___

# Anexo 13

BASE DE DATOS COMPLETA (1=Masculino, 2=Femenino)																									
SEXO	EDAD	GRUPO-EDAD	PREGUNTA 1	PREGUNTA 2	PREGUNTA 3	PREGUNTA 4	PREGUNTA 5	PREGUNTA 6	PREGUNTA 7	PREGUNTA 8	PREGUNTA 9	PREGUNTA 10	PREGUNTA 11	PREGUNTA 12	PREGUNTA 13	PREGUNTA 14	PREGUNTA 15	PREGUNTA 16	PREGUNTA 17	PREGUNTA 18	PREGUNTA 19	PREGUNTA 20	PREGUNTA DX1	INTERPRETACION	PREGUNTA 21
1	67	6	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	1	1	
1	60	5	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	1	1	
1	52	4	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	1	1	
1	55	5	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	24	2	1	
1	44	3	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	25	2	2	
1	81	8	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	1	1	
1	79	7	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	26	2	2	
1	54	4	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	1	1	
1	57	5	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	1	1	
1	43	3	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1	1	1	1	29	3	1	
1	47	4	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	1	1	
1	69	6	2	2	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	28	3	2	
1	48	4	3	3	2	3	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	31	3	2	
1	41	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	24	2	1	
1	73	7	1	1	3	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	26	2	2	
1	62	5	3	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	2	2	
1	63	5	4	1	3	3	1	1	1	1	1	3	1	4	1	1	1	1	1	1	1	32	3	4	
1	18	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	24	2	1	
1	63	5	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	25	2	2	
1	81	7	1	2	1	4	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	25	2	1	
1	61	5	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	24	2	2	
1	73	7	2	3	2	2	1	1	1	1	1	3	2	3	2	1	2	1	1	1	1	33	3	2	
1	50	4	1	1	1	4	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	2	1	
1	44	3	1	4	1	4	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29	3	1	
1	52	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	1	1	
1	53	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	1	1	
1	62	5	3	4	1	1	3	1	1	1	4	1	1	4	4	1	3	1	1	1	1	38	4	2	
1	40	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	22	1	2	
2	52	4	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	27	3	2	

2	35	2	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	24	2	1
2	25	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	1	1
2	47	4	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	24	2	1
2	82	8	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	1	1
2	75	7	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	26	2	2
2	44	3	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	1	1
2	53	4	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	26	2	1
2	52	4	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	1	1
2	34	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	22	1	1
2	56	5	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1	1	1	1	1	31	3	1
2	21	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	1	1
2	37	3	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	1	1
2	33	2	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	24	2	2
2	66	6	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	26	2	1
2	54	4	3	2	1	4	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29	3	1
2	47	4	3	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	2	1
2	45	3	1	2	1	4	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	2	2
2	38	3	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	1	1
2	86	8	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	1	1
2	53	4	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	24	2	2
2	46	4	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	26	2	2
2	52	4	3	4	2	4	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	31	3	1
2	26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	21	1	1
2	55	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	21	1	1
2	72	6	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	1	1
2	28	2	1	1	1	4	1	1	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29	3	1
2	36	2	4	1	3	3	1	2	1	1	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	2	34	3	2
2	59	5	2	2	2	2	1	1	1	1	1	3	2	4	2	1	1	1	1	1	3	3	35	4	3
2	57	5	2	1	2	2	1	3	1	3	3	2	1	3	1	1	2	1	1	1	1	2	34	3	2
2	40	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	28	3	2
2	34	2	3	3	1	2	1	1	1	1	1	1	2	4	4	2	2	2	1	1	1	2	36	4	3
2	47	4	1	4	1	4	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	29	3	2
2	46	4	2	2	2	2	1	3	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	29	3	1
2	53	4	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	25	2	2
2	62	5	2	3	3	2	1	1	1	1	1	2	2	4	4	4	4	2	1	2	1	1	42	4	2
2	65	6	2	4	1	4	1	4	1	1	1	1	2	4	1	1	3	1	1	1	1	1	36	4	2
2	51	4	4	4	2	3	1	4	3	1	4	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	41	4	1
2	51	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	1	1

2	84	8	1	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	2	1
2	62	5	1	4	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	2	1
2	60	5	1	4	1	4	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29	3	1
2	46	4	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29	3	1
2	37	3	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	2	1

## Anexo 14 *Tabulación de Base de Datos en SPSS*

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Frecuencia de Respuestas	72	20	42	26,42	4,858
EDAD	72	18	86	52,72	15,198
Valid N (listwise)	72				

		Count	Table N %
¿ Tiene incomodidad al comer algunos alimentos debido a su prótesis dental?	Nunca	<b>46</b>	<b>63,9%</b>
	Aveces	<b>16</b>	<b>22,2%</b>
	A Menudo	<b>7</b>	<b>9,7%</b>
	siempre	<b>3</b>	<b>4,2%</b>
	Total	<b>72</b>	<b>100,0%</b>
¿ Siente que le quedan alimentos en la prótesis dental después de comer?	Nunca	<b>42</b>	<b>58,3%</b>
	Aveces	<b>17</b>	<b>23,6%</b>
	A Menudo	<b>4</b>	<b>5,6%</b>
	siempre	<b>9</b>	<b>12,5%</b>
	Total	<b>72</b>	<b>100,0%</b>
¿ Interrumpe sus comidas debido a su prótesis dental?	Nunca	<b>53</b>	<b>73,6%</b>
	Aveces	<b>15</b>	<b>20,8%</b>
	A Menudo	<b>4</b>	<b>5,6%</b>
	siempre	<b>0</b>	<b>,0%</b>
	Total	<b>72</b>	<b>100,0%</b>
¿ Su alimentación es satisfactoria debido su prótesis dental?	Nunca	<b>14</b>	<b>19,4%</b>
	Aveces	<b>14</b>	<b>19,4%</b>
	A Menudo	<b>10</b>	<b>13,9%</b>
	siempre	<b>34</b>	<b>47,2%</b>
	Total	<b>72</b>	<b>100,0%</b>
¿ Siente que su percepción del gusto ha empeorado debido a su	Nunca	<b>68</b>	<b>94,4%</b>

prótesis?	Aveces	1	1,4%
	A Menudo	2	2,8%
	siempre	1	1,4%
	Total	72	100,0%
¿Tiene alguna incomodidad dolorosa en su boca?	Nunca	62	86,1%
	Aveces	6	8,3%
	A Menudo	2	2,8%
	siempre	2	2,8%
	Total	72	100,0%
¿Tiene dolores de cabeza debido a su prótesis dental?	Nunca	66	91,7%
	Aveces	5	6,9%
	A Menudo	1	1,4%
	siempre	0	,0%
	Total	72	100,0%
¿Tiene dolores en la mandíbula debido a su prótesis dental?	Nunca	68	94,4%
	Aveces	3	4,2%
	A Menudo	1	1,4%
	siempre	0	,0%
	Total	72	100,0%
¿Tiene dolores en las encías debido a su prótesis dental?	Nunca	60	83,3%
	Aveces	8	11,1%
	A Menudo	2	2,8%
	siempre	2	2,8%
	Total	72	100,0%
¿Se ha descubierto realizando algún hábito de manera inconsciente con su prótesis dental?	Nunca	57	79,2%
	Aveces	9	12,5%
	A Menudo	5	6,9%
	siempre	1	1,4%
	Total	72	100,0%
¿Tiene incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a su prótesis dental?	Nunca	61	84,7%
	Aveces	10	13,9%
	A Menudo	1	1,4%
	siempre	0	,0%
	Total	72	100,0%
¿Siente que su prótesis dental no está confeccionada correctamente?	Nunca	45	62,5%
	Aveces	14	19,4%
	A Menudo	3	4,2%
	siempre	10	13,9%
	Total	72	100,0%
¿Siente que su prótesis dental no se ve natural?	Nunca	45	62,5%
	Aveces	19	26,4%
	A	0	,0%

	Menudo		
	siempre	8	11,1%
	Total	72	100,0%
¿Se siente nervioso debido a su prótesis dental?	Nunca	67	93,1%
	Aveces	3	4,2%
	A Menudo	1	1,4%
	siempre	1	1,4%
	Total	72	100,0%
¿Encuentra dificultad para relajarse debido a su prótesis dental?	Nunca	65	90,3%
	Aveces	4	5,6%
	A Menudo	2	2,8%
	siempre	1	1,4%
	Total	72	100,0%
¿Se siente perturbado frente a otras personas debido a su prótesis dental?	Nunca	70	97,2%
	Aveces	2	2,8%
	A Menudo	0	,0%
	siempre	0	,0%
	Total	72	100,0%
¿Se siente irritable con otras personas debido a su prótesis dental?	Nunca	72	100,0%
	Aveces	0	,0%
	A Menudo	0	,0%
	siempre	0	,0%
	Total	72	100,0%
¿Tiene dificultad al hacer sus trabajos habituales debido a su prótesis dental?	Nunca	71	98,6%
	Aveces	1	1,4%
	A Menudo	0	,0%
	siempre	0	,0%
	Total	72	100,0%
¿Se siente totalmente incapaz de desarrollar actividades en su vida diaria debido a su prótesis dental?	Nunca	71	98,6%
	Aveces	0	,0%
	A Menudo	1	1,4%
	siempre	0	,0%
	Total	72	100,0%
¿Siente que su vida, en general, es menos satisfactoria debido a su prótesis dental?	Nunca	66	91,7%
	Aveces	5	6,9%
	A Menudo	1	1,4%
	siempre	0	,0%
	Total	72	100,0%



Frequencies Statistics			
		Interpretación	¿A qué nivel siente que la prótesis cumple sus expectativas estéticas?
N	Valid	72	72
	Missing	0	0

Frequency Table Interpretación					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy Bajo	6	8,3	8,3	8,3
	Bajo	18	25,0	25,0	33,3
	Mediana	25	34,7	34,7	68,1
	alto	23	31,9	31,9	100,0
	Total	72	100,0	100,0	
¿A qué nivel siente que la prótesis cumple sus expectativas estéticas?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy Bajo	1	1,4	1,4	1,4
	Bajo	2	2,8	2,8	4,2
	Mediana	24	33,3	33,3	37,5
	alto	45	62,5	62,5	100,0
	Total	72	100,0	100,0	

Crosstabs Case Processing Summary						
			Cases			
			Valid		Missing	Total
			N	Percent	N	Percent
GRUPO-EDAD * Interpretación			72	100,0%	0	,0%
GRUPO-EDAD * ¿A qué nivel siente que la prótesis cumple sus expectativas estéticas?			72	100,0%	0	,0%
SEXO * Interpretación			72	100,0%	0	,0%
SEXO * ¿A qué nivel siente que la prótesis cumple sus expectativas estéticas?			72	100,0%	0	,0%

Grupo-Edad* Interpretación Crosstab							
			Interpretación				
			Alto	Mediana	Bajo	Muy Bajo	Total
Grupo-Edad	18 A 27	Count	3	1	0	0	4
		% Of Total	4,2%	1,4%	,0%	,0%	5,6%
	27 A 36	Count	1	2	2	1	6
		% Of Total	1,4%	2,8%	2,8%	1,4%	8,3%
	36 A 45	Count	4	4	3	0	11
		% Of Total	5,6%	5,6%	4,2%	,0%	15,3%
	45 A 54	Count	7	7	7	1	22
		% Of Total	9,7%	9,7%	9,7%	1,4%	30,6%
	54 A 63	Count	3	5	4	3	15
		% Of Total	4,2%	6,9%	5,6%	4,2%	20,8%
	63 A 72	Count	2	1	1	1	5
		% Of Total	2,8%	1,4%	1,4%	1,4%	6,9%
	72 A 81	Count	0	4	1	0	5
		% Of Total	,0%	5,6%	1,4%	,0%	6,9%
81 A 90	Count	3	1	0	0	4	
	% Of Total	4,2%	1,4%	,0%	,0%	5,6%	
Total		Count	23	25	18	6	72
		% Of Total	31,9%	34,7%	25,0%	8,3%	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19.933 <sup>a</sup>	21	,525
Likelihood Ratio	22,697	21	,360
N of Valid Cases	72		

28 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

**GRUPO-EDAD \* ¿A qué nivel siente que la prótesis cumple sus expectativas estéticas?**

Crosstab							
			¿A qué nivel siente que la prótesis cumple sus expectativas estéticas?				
			alto	Mediana	Bajo	Muy Bajo	Total
GRUPO- EDAD	18 a 27	Count	4	0	0	0	4
		% of Total	5,6%	,0%	,0%	,0%	5,6%
	27 a 36	Count	3	2	1	0	6
		% of Total	4,2%	2,8%	1,4%	,0%	8,3%
	36 a 45	Count	7	4	0	0	11
		% of Total	9,7%	5,6%	,0%	,0%	15,3%
	45 a 54	Count	16	6	0	0	22
		% of Total	22,2%	8,3%	,0%	,0%	30,6%

		Total					
	54 a	Count	7	6	1	1	15
	63	% of Total	9,7%	8,3%	1,4%	1,4%	20,8%
	63 a	Count	3	2	0	0	5
	72	% of Total	4,2%	2,8%	,0%	,0%	6,9%
	72 a	Count	1	4	0	0	5
	81	% of Total	1,4%	5,6%	,0%	,0%	6,9%
	81 a	Count	4	0	0	0	4
	90	% of Total	5,6%	,0%	,0%	,0%	5,6%
Total		Count	45	24	2	1	72
		% of Total	62,5%	33,3%	2,8%	1,4%	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21.045 <sup>a</sup>	21	,456
Likelihood Ratio	21,350	21	,438
N of Valid Cases	72		

27 cells (84,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,06

#### SEXO \* Interpretación

Crosstab							
			Interpretación				Total
			alto	Mediana	Bajo	Muy Bajo	
SEXO	Masculino	Count	10	11	6	1	28
		% of Total	13,9%	15,3%	8,3%	1,4%	38,9%
	FEmenino	Count	13	14	12	5	44
		% of Total	18,1%	19,4%	16,7%	6,9%	61,1%
Total		Count	23	25	18	6	72
		% of Total	31,9%	34,7%	25,0%	8,3%	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.959 <sup>a</sup>	3	,581
Likelihood Ratio	2,118	3	,548
Linear-by-Linear Association	1,439	1	,230
N of Valid Cases	72		

2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,33.

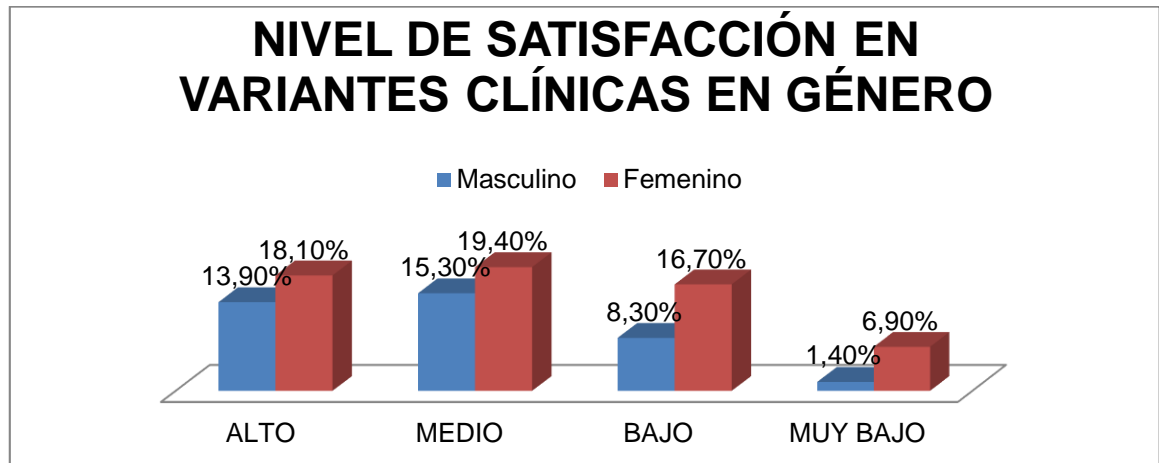
**SEXO \* ¿A qué nivel siente que la prótesis cumple sus expectativas estéticas?**

Crosstab							
			¿A qué nivel siente que la prótesis cumple sus expectativas estéticas?				Total
			alto	Mediana	Bajo	Muy Bajo	
SEXO	Masculino	Count	16	11	0	1	28
		% of Total	22,2%	15,3%	,0%	1,4%	38,9%
	Femenino	Count	29	13	2	0	44
		% of Total	40,3%	18,1%	2,8%	,0%	61,1%
Total		Count	45	24	2	1	72
		% of Total	62,5%	33,3%	2,8%	1,4%	100,0%

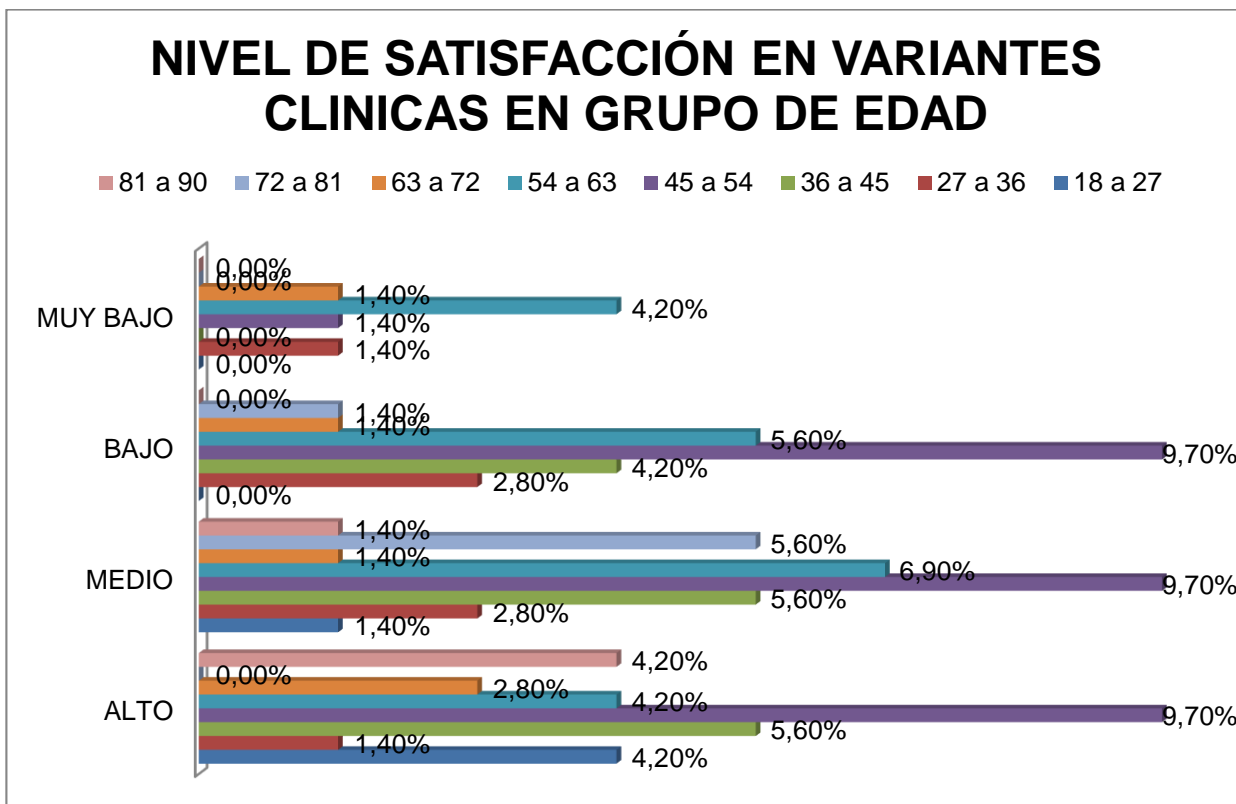
Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.542 <sup>a</sup>	3	,315
Likelihood Ratio	4,550	3	,208
Linear-by-Linear Association	,567	1	,451
N of Valid Cases	72		

4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,39.

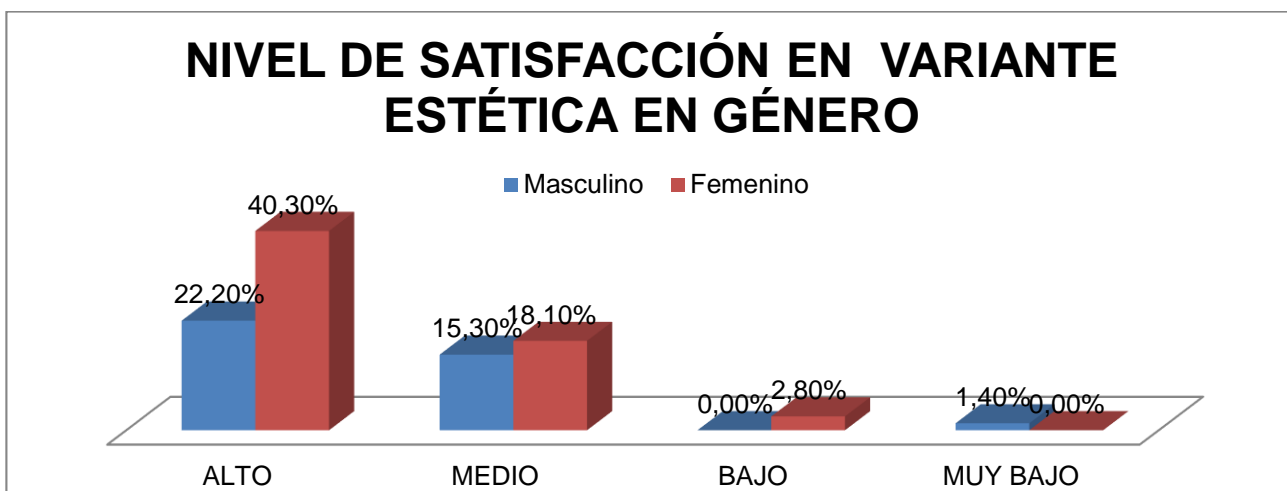
## Anexo 15



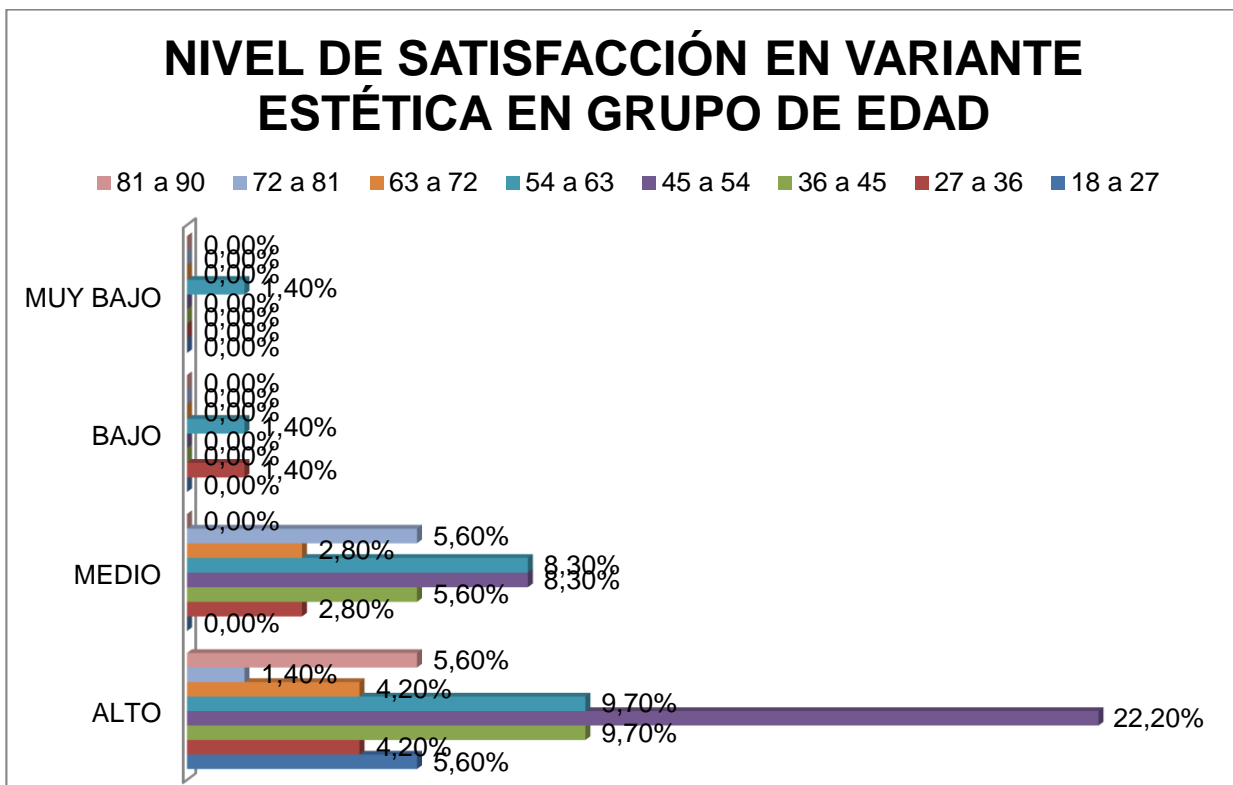
## Anexo 16



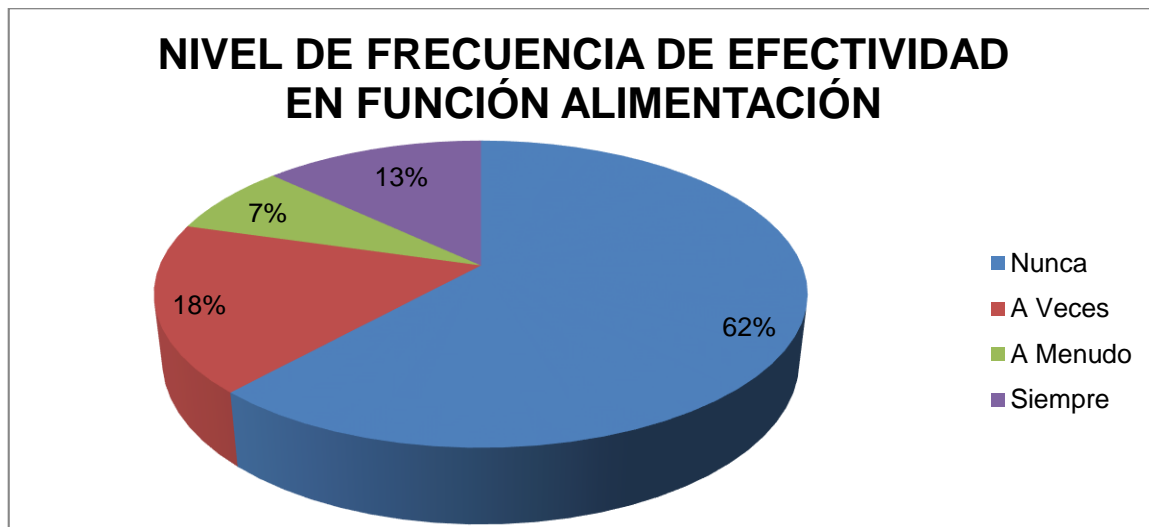
## Anexo 17



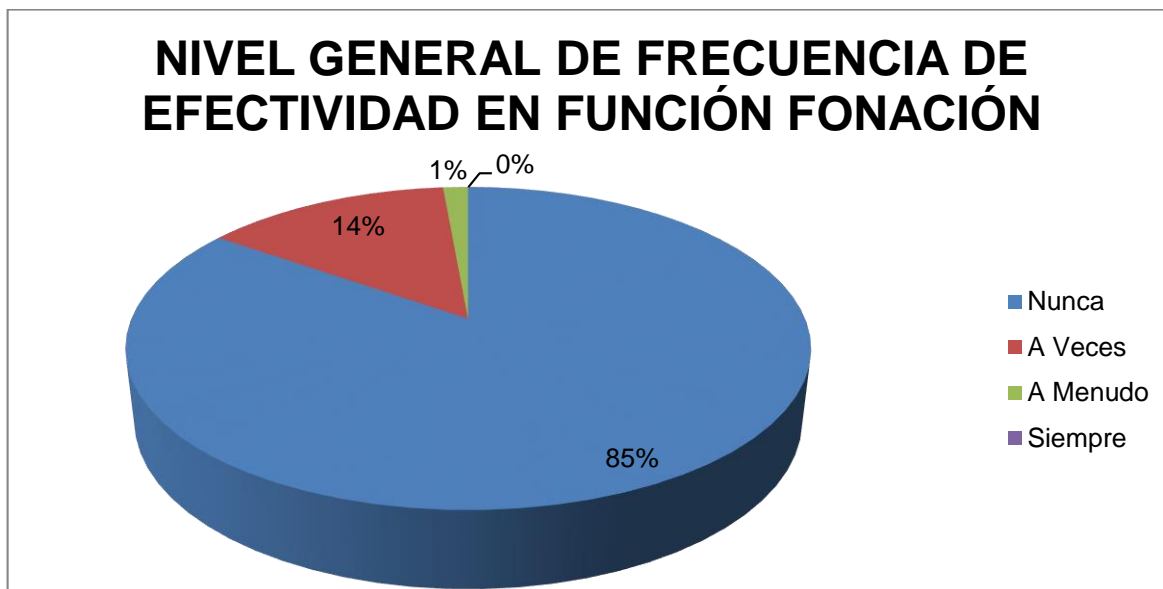
## Anexo 18



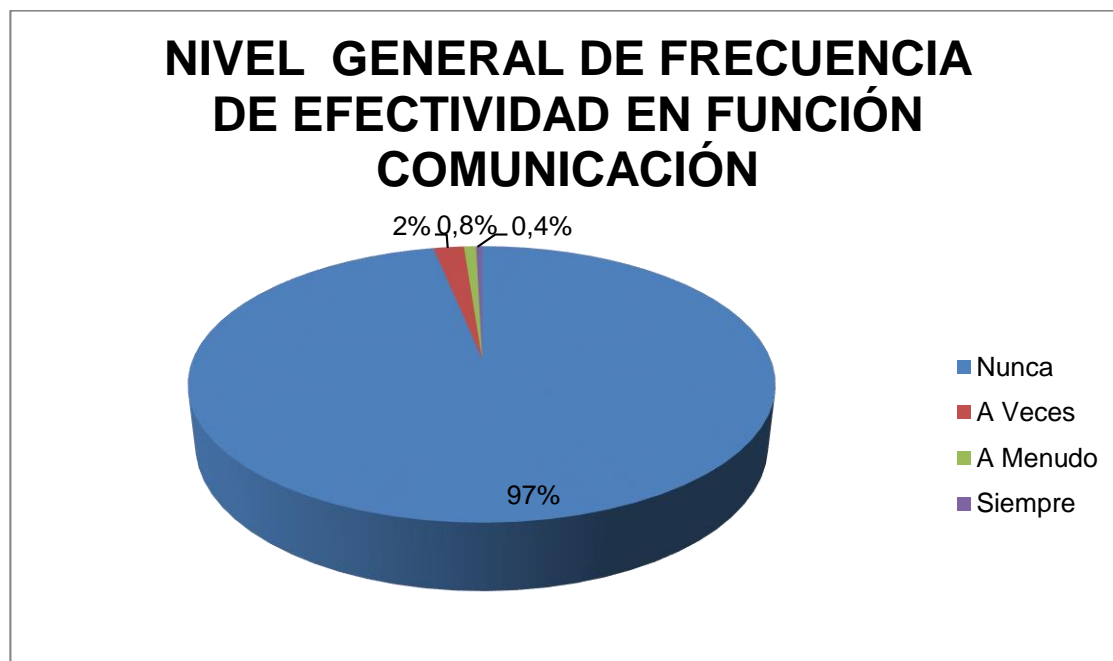
## Anexo 19



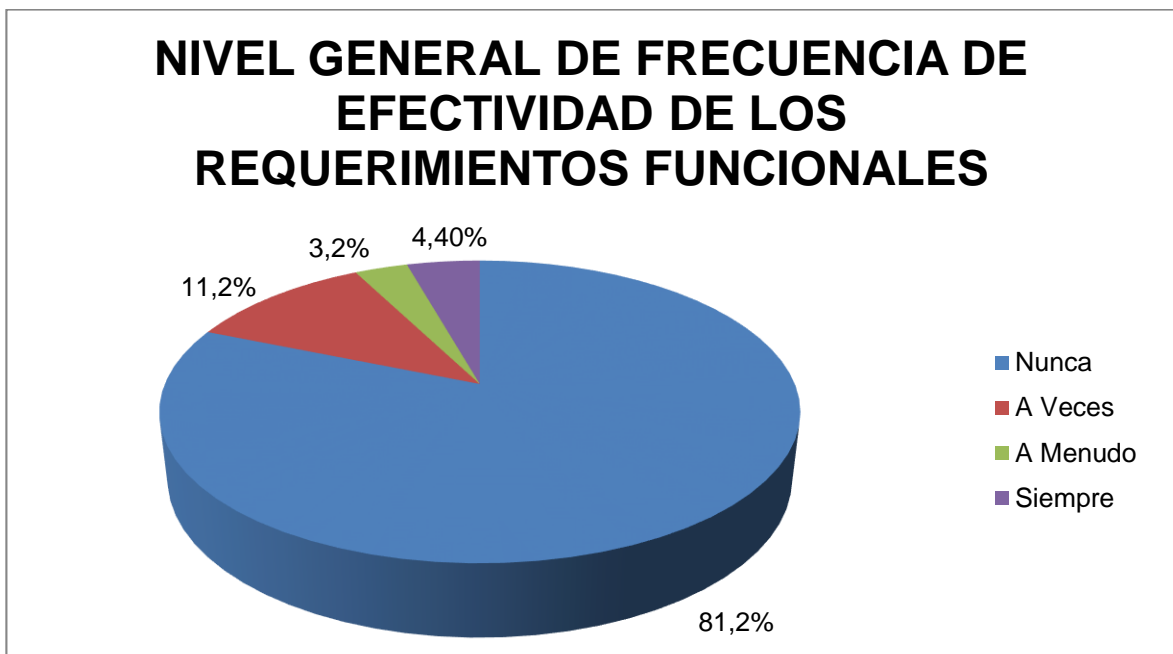
## Anexo 20



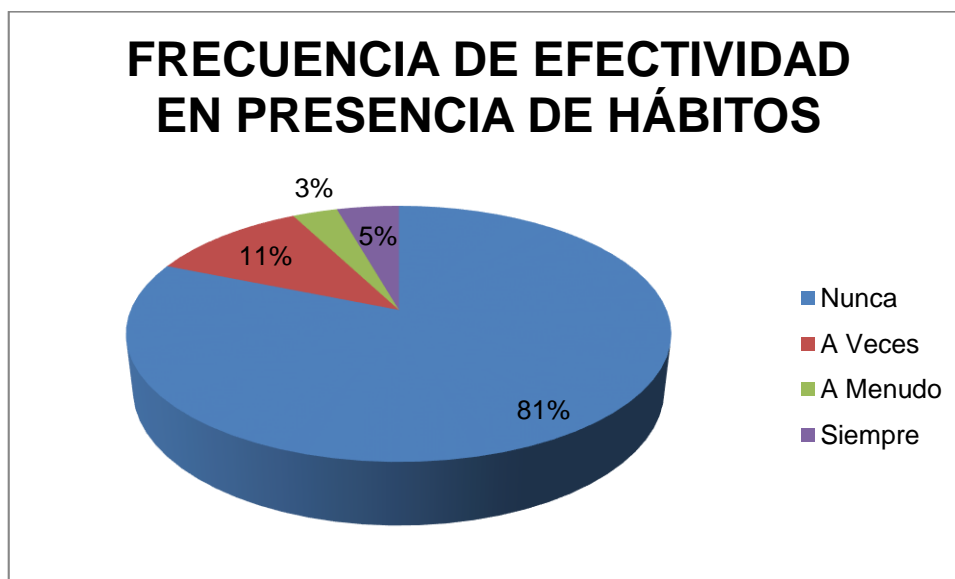
## Anexo 21



## Anexo 22

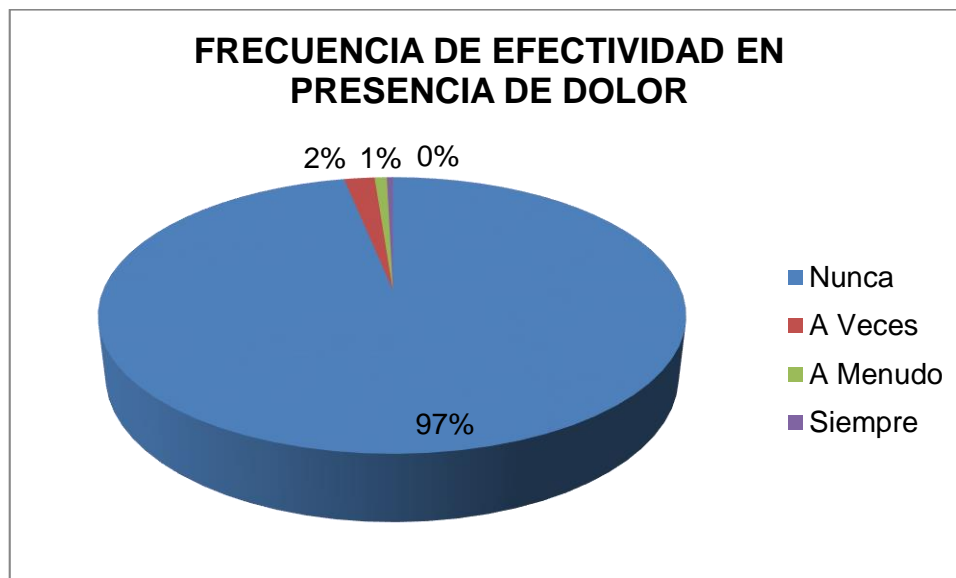


## Anexo 23





## Anexo 24



## Anexo 25

